

# Die Palliativ-Ampel

Stand April.2020

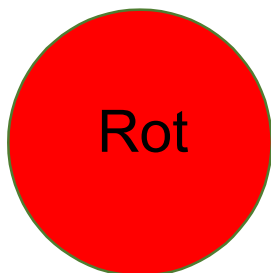
Patientenverfügung	ja	nein	überarbeiten
Vorsorgevollmacht	ja	nein	überarbeiten
Gerichtliche Betreuung	ja	nein	
Name, Mobilnummer Betreuer/Bevollmächtigter			

PATIENT Name

Geburtsdatum

Zimmernummer

**Rot** („Halt! Erst nachdenken, nachlesen, dann handeln.“)

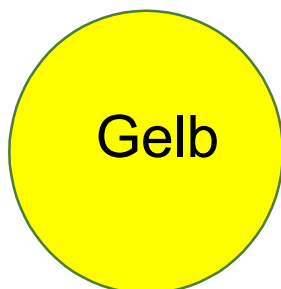


**Therapieziel: Symptomlinderung:**

Ausreichende Schmerztherapie,  
Linderung von Unruhe, Angst, Atemnot usw.

**Keine  
Krankenseinweisung**

**Gelb** („Behandlung einfach zu erreichender Ziele“)



**Therapie gut/einfach zu erreichender  
Zustände und Erkrankungen mit**

**Flüssigkeit/Nahrung PEG/PEJ** ja  nein

**Flüssigkeit/Nahrung s.c. i.v.** ja  nein

**Antibiotika** ja  nein

**Blut(-bestandteile)** ja  nein

**Dialyse** ja  nein

**Beatmung** ja  nein

**Reanimation** ja  nein

**Herzschrittmacher/Defibrillator** ja  nein

**Grün** („Indizierte maximale Therapie sofort gewünscht“)



**Therapieziel:**

**Uneingeschränkte Maximaltherapie**

Ambulant oder stationär

Ort, Datum, Unterschrift (z. B. Patient, Bevollmächtigter, Arzt, ...)

**Gut sichtbar anbringen.**

Erstellt durch [thomas.sitte@palliativstiftung.de](mailto:thomas.sitte@palliativstiftung.de)

Büro: 0661 48 049 797

[www.palliativstiftung.de](http://www.palliativstiftung.de)

Am Bahnhof 2 – D-36037 Fulda