

Brandenburger Notfallbogen (BNB)

Name _____	Bevollmächtigter/Betreuer _____
Vorname _____	Tel.-Nr. _____
Geburtsdatum _____	Hausarzt _____
	Tel.-Nr. _____
	SAPV Tel.-Nr. _____

- ☐ **Therapie ohne Einschränkung**
einschliesslich Reanimation, Intubation, Intensivmedizin
- ☐ **Therapie mit Einschränkung**
• keine Reanimation/Wiederbelebungsmassnahmen
- ☐ **Therapie mit Einschränkung**
• keine Reanimation/Wiederbelebungsmassnahmen
• keine invasive Beatmung (endotracheale Intubation)
- ☒ **Therapie mit Einschränkung**
• keine Reanimation/Wiederbelebungsmassnahmen
• keine invasive Beatmung (endotracheale Intubation)
• keine intensivmedizinische Behandlung
- ☒ **Therapie mit Einschränkung vor Ort**
• keine Reanimation/Wiederbelebungsmassnahmen
• keine invasive Beatmung (endotracheale Intubation)
• keine intensivmedizinische Behandlung
• keine Vorstellung im Krankenhaus, aber ambulante Behandlung
- ☒ **palliative, lindernde Therapie vor Ort**
(soweit möglich keine Vorstellung im Krankenhaus)

Dieser BNB ist Ausdruck
meines Behandlungswillens

Ort, Datum _____

Patient/in _____

Unterschrift _____

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit bitte
durchstreichen und ärztlich gegenzeichnen

Ich bestätige, dass der/die Unterschreibende/n einwilligungsfähig sind
und die Bedeutung dieses Notfallbogens (BNB) verstanden haben.

Ort, Datum _____

Arzt/Ärztin _____

Dieser BNB ist Ausdruck des (mutmaßlichen)
Behandlungswillens des/der Patienten/in

Ort, Datum _____

Bevollmächtigter/Betreuer _____

Unterschrift _____

Unterschrift _____

Brandenburger Notfallbogen (BNB): Hinweise zum Ausfüllen und Umsetzen

Für den Betroffenen und/oder seinen Stellvertreter:

In einem Notfall kann es sein, dass Sie Ihre Behandlungswünsche nicht eindeutig sagen können. Dieser Bogen soll nach Möglichkeit verhindern, dass medizinische Maßnahmen ergriffen werden, die Sie nicht wünschen. Er ersetzt keine ausführliche Patientenverfügung, sondern ergänzt sie.

Man kann auf diesem Bogen nur eine Möglichkeit angeben. Bitte besprechen Sie diese Möglichkeiten mit einem Arzt, der Ihre gesundheitliche Situation kennt und füllen Sie den Bogen eindeutig aus. Sorgen Sie dafür, dass dieser Bogen jederzeit griffbereit ist. Gegebenenfalls ist es sinnvoll, den Bogen von innen an der Wohnungstür oder an einem anderen deutlich sichtbaren Ort anzubringen.

Für den Arzt:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der Betroffene bzw. sein Vertreter zum gegebenen Zeitpunkt in den hier relevanten Fragen (a) einwilligungsfähig ist und (b) verstanden hat, welche therapeutischen Konsequenzen mit den gewählten Festlegungen verbunden sind. Achten Sie darauf, dass nur solche Therapieausschlüsse vorgenommen werden, bei denen entweder keine medizinische Indikation besteht und/oder sich der Patient und/oder sein Stellvertreter ganz sicher sind. Im Zweifel ist die betreffende Therapieoption nicht auszuschließen.

Für das Rettungsdienst- sowie Krankenhauspersonal:

Bitte überprüfen Sie vor der Befolgung dieser Anordnung:

1. ob es sich tatsächlich um den hier bezeichneten Patienten handelt,
2. ob die Anordnung korrekt ausgefüllt ist (d. h. nur eine der Option ist angekreuzt),
3. ob die Anordnung vom Betroffenen bzw. Vertreter und einem Arzt unterschrieben ist.

Fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllte BNB sind ungültig.

Für weitere Informationen oder Rückfragen bzw. Ergänzungs-/Korrekturvorschläge steht Ihnen folgende Webpage zur Verfügung (auch über den QR-Code erreichbar):

<https://www.glg-gesundheit.de/brandenburger-notfallbogen>

