

# Palliativpass für den Rettungsdienst der Stadt Halle

## Persönliche Angaben

Name  Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

## Wichtige Kontaktpersonen

Name  Vorname

Telefon mobil  Festnetz

## Nächster Angehöriger

Name  Vorname

Telefon mobil  Festnetz

Betreuer / Bevollmächtigter vorhanden  ja  nein  
Name  Vorname  zutreffendes ankreuzen

Telefon mobil  Festnetz

Reihenfolge der Kontakte individuell eintragen

## Ärztlicher Kontakt

Palliativteam  
Name  Telefon

Hausarzt  
Name  Telefon

Pflegedienst  
Name  Telefon

Kassenärztlicher Notdienst  
Name  Telefon

Seelsorge  
Name  Telefon

Notarzt  Telefon : **112**

## Diagnose

Aktuelle Probleme

Besonderheiten (z. B. Allergien)

Wunschkrankenhaus

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht  ja  nein

Krankenseinweisung gewünscht  ja  nein

Patientenverfügung  ja  nein

Vorsorgevollmacht  ja  nein

Ablehnung weiterer Maßnahmen  ja  nein  
zutreffendes ankreuzen

Hinterlegung

Datum  Name  Unterschrift Patient/Betreuer  
Bevollmächtigter

Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch

Datum  Name PDL / Hausarzt  Unterschrift