**Angaben zu Patient und Betreuungsteam**

Klient: Gesetzlicher Betreuer:

Adresse: Bereiche:

 Hausarzt:

Geburtstag: in Behandlung seit:

Angehörige: Bezugsmitarbeiter:

Angehörigenstatus:

 Pastor:

**Feststellung des mutmaßlichen Willens bei fehlender Geschäftsfähigkeit**

**1. Einschätzung der Erkrankung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnosen** |  |
| **Therapie** |  |
| **Prognose der Erkrankung** |  |
| **Verlauf der Erkrankung seit Geburt** |  |
| **Verlauf der Erkrankung in den letzten 2 Jahren** |  |
| **Komplikationen bis heute** |  |
| **Entwicklung seit der Geburt aus Sicht der Angehörigen** |  |

**2. Einschätzung der aktuellen Situation aus Sicht des Betreuungsteams**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Betreuer** | **Angehörige** | **Hausarzt** | **Bezugsmitarbeiter** | **Pastor** |
| **Wie schätzen Sie die Lebensqualität früher ein?** |  |  |  |  |  |
| **Und wie die Lebensqualität heute?** |  |  |  |  |  |
| **Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation?** |  |  |  |  |  |
| **Wie äußert der Patient:** |  |  |  |  |  |
| **- Lebensfreude** |  |  |  |  |  |
| **- Schmerzen** |  |  |  |  |  |
| **- Unzufriedenheit** |  |  |  |  |  |
| **- Hunger** |  |  |  |  |  |
| **- Durst** |  |  |  |  |  |
| **Wie beurteilen Sie die Aktivität im Alltag?** |  |  |  |  |  |
| **Welche Vorlieben hat der Patient?** |  |  |  |  |  |
| **Welche Abneigungen hat der Betroffene?** |  |  |  |  |  |

**3. Stellungnahme zu medizinischen Maßnahmen aus Sicht des Betreuungsteams**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Betreuer** | **Angehörige** | **Hausarzt** | **Bezugsmitarbeiter** | **Pastor** |
| **Lebensverlängernde Maßnahmen** |  |  |  |  |  |
| **Künstliche Ernährungssonde** |  |  |  |  |  |
| **Beatmungs-pflichtigkeit** |  |  |  |  |  |
| **Dialyse** |  |  |  |  |  |
| **Ausmaß der Diagnostik** |  |  |  |  |  |

**4. Abschließende Bemerkung**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Datum, Ort | Unterschriften |