

# ROTE HAND

Verzicht auf **Wiederbelebung** und **Therapieeskalation**

VaWuT-Protokoll vom: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

geb. \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_



**Stopp**

**Sterben zulassen**

**Therapiezieländerung**

**nur Linderung**

Ort, Datum

Patient/in, Bevollmächtigte/r, Betreuer/in  
(Nichtzutreffendes streichen!)

Ort, Datum

Hausarzt/-ärztin

**Zur Kenntnis genommen:**

Ort, Datum

Heimleitung und/oder Pflegedienstleitung  
(Nichtzutreffendes streichen!)

## Nur der Hausarzt/behandelnde Arzt darf die Rote Hand anordnen!

### Gründe für die Anordnung der Roten Hand

- Patient/in, Bevollmächtigte/r, Betreuer/in lehnt Reanimation ab
- Patient/in ist zum Zeitpunkt des Aufklärungsgespräches einwilligungsfähig – kann eigene Situation erfassen und die Folgen einer VaWuT-Anordnung verstehen:  
ja  nein  Datum: \_\_\_\_\_
- Patientenverfügung liegt vor: ja  nein  Datum: \_\_\_\_\_
- Mutmaßlicher Wille ist bekannt und schriftlich fixiert:  
ja  nein  Datum: \_\_\_\_\_
- Medizinische Indikation  
Therapiezieländerung (Sterben zulassen) ist aus Sicht des Hausarztes / behandelnden Arztes eindeutig gegeben
- Bevollmächtigte/r, Betreuer/in hat dieser Verzichtserklärung zugestimmt  
ja  nein  Datum: \_\_\_\_\_

### Aufklärungsgespräch erfolgte durch den/die Hausarzt/-ärztin:

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel: \_\_\_\_\_

### Kontakt Betreuer/-in, Vorsorgebevollmächtigte/r:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Kontakt PDL/Heimleitung:

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

