

Behandelwensenformulier

Naam: Geboortedatum: Datum:
Wat moet ik als zorgverlener van u weten om u de best mogelijke zorg te kunnen bieden?
<input type="radio"/> Niets vastleggen: medisch beleid bij calamiteit bepalen i.o.m. cliënt/1 ^e vertegenwoordiger <input type="radio"/> Palliatief beleid in eigen woonomgeving, alles gericht op comfort.
Reanimeren: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Toelichting: Beademen: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Toelichting: Hartbewaking: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Toelichting: Kunstmatige voedseltoediening: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Toelichting: Kunstmatige vochttoediening: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Toelichting: Antibiotica: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, alleen ter bevordering van kwaliteit van leven
Intensive care: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Toelichting: Ziekenhuisopname: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja, alleen indien nodig ter bevordering van kwaliteit van leven
Euthanasieverklaring aanwezig: ja/nee Donorcodicil aanwezig: ja/nee
Gevolmachtigde / wettelijk vertegenwoordiger De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:
Ruimte voor opmerkingen, aanvullingen, toelichting:
Verandert uw mening dan is het verstandig om dit te bespreken met uw arts of zorgverlener. U kunt dit te allen tijde doen.
Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geef ik toestemming om betrokken artsen en zorgverleners te informeren over mijn behandelwensen.
Naam (cliënt): _____ Naam (naaste): _____ Handtekening: _____ Handtekening: _____
Afspraken vastgelegd met: naam: Paraaf voor gezien: <input type="radio"/> Huisarts, <input type="radio"/> Andere arts, namelijk.....
Behandelwensenformulier in drievoud Kopie 1: voor u zelf. Leg dit formulier op een zichtbare plaats (bijvoorbeeld naast de telefoon). Kopie 2: voor uw arts. Wordt opgeslagen in uw medisch dossier en gedeeld met de huisartsenpost. Kopie 3: voor betrokkenen. Als u per ambulance vervoerd wordt of bij opname in ziekenhuis of zorginstelling. Wanneer u zorg ontvangt wordt dit formulier opgeslagen in uw zorgdossier.