|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

**Behandelwensenformulier** (In te vullen door zorgverlener)

|  |
| --- |
| **Datum:** **Naam:** **Geboortedatum:** **Gevolmachtigde contactpersoon** *(naam en telefoonnummer)*:  |
| Wat maakt u gelukkig? Wat vindt u belangrijk in het leven?     |
| Welke aspecten van zorg zijn belangrijk voor u? Welke rol heeft ziekte/gezondheid in uw leven?     |
| Wanneer vindt u het leven niet meer waard om voor te strijden (bijv; als ik niet meer goed kan communiceren; als ik niet meer kan eten en smaak beleven)?     |
| Is er iets wat u beangstigt of waarvan u bang bent dat het gebeurt aangaande uw gezondheid?     |
| Wat vindt u belangrijk met betrekking tot uw naasten? (bijv; hoe staan zij tegenover uw behandelwensen, bijzonderheden in uw gezinssituatie?)     |
|  **O Niets vastleggen:** medisch beleid bij calamiteit bepalen i.o.m. cliënt/contactpersoon  |
| **Behandelwensen**  ReanimerenO ja O nee O anders ZiekenhuisopnameO ja O nee O anders  Intensieve behandeling als kans groot is  dat autonomie verloren gaat  O ja O nee O anders Wens t.a.v. palliatieve zorg?O ja O nee O anders*Toelichting:*   |

|  |
| --- |
|  **Verklaringen**  NR (niet reanimeren) verklaringO ja O neeBehandelverbodO ja O nee EuthanasieverklaringO ja O neeVolmachtO ja O neeAnders, namelijk:   |
| **Gevolmachtigde / Wettelijk vertegenwoordiger** De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:   |
| **Als het einde nadert, waar wil de patiënt dan het liefst verblijven?** Thuis O ja O neeVerpleeghuis O ja O neeZiekenhuis O ja O neeHospiceO ja O neeAnders, namelijk:   |
| **Verandert u van mening? Bespreek dit dan met uw arts of zorgverlener.** **U kunt dit te allen tijde doen.**  |
| Naam (cliënt): Naam (gevolmachtigde persoon):  Telefoonnummer: Telefoonnummer: Handtekening: Handtekening:     |
| **Afspraken vastgelegd met:**   Naam: Telefoonnummer: O Huisarts O andere arts, namelijk:  |
| **Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geeft u toestemming om betrokken artsen en zorgverleners te informeren over uw behandelwensen.**  |
| **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 wordt vervoerd of bij opname in ziekenhuis of zorginstelling. Wanneer u zorg ontvangt wordt dit formulier opgeslagen in uw dossier.  |