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

**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 nee  BehandelverbodO ja O nee EuthanasieverklaringO ja O nee  VolmachtO ja O nee  Anders, 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 nee  Verpleeghuis O ja O nee  Ziekenhuis O ja O nee  HospiceO ja O nee  Anders, 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. |