**Behandelwensenformulier**

in te vullen door zorgverlener

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: |  |
| Naam: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Contactpersoon, naam en tel nr.: |  |

Wat moet ik als zorgverlener van u weten om u de best mogelijke zorg te kunnen bieden?

**Informatie behandelgrenzen**

* Niets vastleggen: medisch beleid bij calamiteit bepalen iom patiënt/ vertegenwoordiger

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ziekenhuisopname | Ja | Nee | Niet besproken |
| Diagnostiek op SEH | Ja | Nee | Niet besproken |
| Beademing/IC opname c.q. intensieve behandeling als kans groot is dat autonomie verloren gaat | Ja | Nee | Niet besproken |
| Reanimatie | Ja | Nee | Niet besproken |
| Antibiotica bij ernstige infectie | Ja | Nee | Niet besproken |
| Palliatieve pijnbestrijding | Ja | Nee | Niet besproken |

**Verklaringen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NR- verklaring | Ja | Nee |
| Behandelverbod | Ja | Nee |
| Wilsverklaring | Ja | Nee |
| Euthanasieverklaring | Ja | Nee |
| Volmacht | Ja | Nee |
| Donorregistratie | Ja | Nee |

**Gevolmachtigde /Wettelijk vertegenwoordiger**

De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:

**Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geef ik toestemming om betrokken artsen en zorgverleners te informeren over mijn behandelwensen.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam (patiënt): |  | Naam vertegenwoordiger: |  |
| Tel nr.: |  | Tel nr.: |  |
| Handtekening: |  | Handtekening: |  |

**Afspraken vastgelegd met :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam huisarts: |  | Tel nr.: |  |
| Paraaf voor gezien: |  |  |  |

**Behandelwensenformulier in drievoud:**

Kopie 1: voor uzelf, leg het op een zichtbare plaats (naast de telefoon)

Kopie 2: voor uw arts, wordt opgeslagen in medisch dossier en gedeeld met huisartsenpost

Kopie 3: voor andere betrokkenen (ambulance , ziekenhuis), mee te nemen

