

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
Behandelvebod	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