

Behandelwensenformulier

Datum: Naam: Geboortedatum: Contactpersoon (naam en telefoonnummer):		
Wat moet ik als zorgverlener van u weten om u de best mogelijke zorg te kunnen bieden?		
Reanimeren Ziekenhuisopname Wens t.a.v. permanent verpleeghuisopname? Behandelen met antibiotica? Kunstmatig vocht/voeding ter overbrugging? Kunstmatig vocht/voeding toedienen langdurig? Kunstmatig beademen? Bloedtransfusie? Zuurstof toediening Geestelijke verzorging inschakelen voor bediening/begeleiding <i>Toelichting:</i>	0 ja 0 ja 0 ja 0 ja 0 ja 0 ja 0 ja 0 ja 0 ja 0 ja	0 nee 0 nee 0 nee 0 nee 0 nee 0 nee 0 nee 0 nee 0 nee 0 nee
<input type="checkbox"/> Niets vastleggen: medisch beleid bij calamiteit bepalen i.o.m. cliënt/1 ^e vertegenwoordiger		
Gevoelmachtigde / 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 (zoals de ambulancemedewerker) te informeren over mijn behandelwensen.		
Naam (cliënt): Telefoonnummer: Handtekening:	Naam (gevoelmachtigde persoon): Telefoonnummer: Handtekening:	
Verandert u van mening? Bespreek dit dan met uw arts of zorgverlener. U kunt dit ten allen-tijde doen.		
Afspraken vastgelegd met: Naam: <input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> andere arts, namelijk:	Paraaf voor gezien: Telefoonnummer:	
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.		