

Behandelwensenformulier

In te vullen door zorgverlener

Datum: Naam: Geboortedatum: Contactpersoon (naam en telefoonnummer):	
Wat moet ik als zorgverlener van u weten om u de best mogelijke zorg te kunnen bieden?	
☐ Niets vastleggen: medisch beleid bij calamiteit bepalen i.o.m. cliënt/l ^e vertegenwoordiger	
Behandelwensen Reanimeren ☐ ja ☐ nee ☐ anders Ziekenhuisopname ☐ ja ☐ nee ☐ anders Intensieve behandeling als kans groot is dat autonomie verloren gaat ☐ ja ☐ nee ☐ anders Wens t.a.v. permanente verpleeghuisopname? ☐ ja ☐ nee ☐ anders <u>Toelichting:</u>	
Verklaringen NR verklaring ☐ ja ☐ nee Behandelvebod ☐ ja ☐ nee Wilsverklaring ☐ ja ☐ nee Euthanasieverklaring ☐ ja ☐ nee Volmacht ☐ 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 (cliënt): _____ Naam (gevolmachtigde persoon): _____ Telefoonnummer: _____ Telefoonnummer: _____ Handtekening: _____ Handtekening: _____	
Verandert u van mening? Bespreek dit dan met uw arts of zorgverlener. U kunt dit ten allen tijde doen.	
Afspraken vastgelegd met: Naam: _____ ☐ Huisarts ☐ 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.	

