

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:	Paraaf voor gezien:
Naam: ☐ Huisarts ☐ andere arts, namelijk:	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.	

