http://dijklander.acceptatie.swis.nl/uploads/inline/Dijklander_Kleur_handtekening%20250%20RGB_JPEG.jpgAfbeelding met tekst, Lettertype, Graphics, grafische vormgeving

Automatisch gegenereerde beschrijving**Afbeelding met Lettertype, symbool, Graphics, grafische vormgeving

Automatisch gegenereerde beschrijving** Afbeelding met Lettertype, tekst, Graphics, schermopname

Automatisch gegenereerde beschrijving Afbeelding met cirkel, Lettertype, Graphics, logo

Automatisch gegenereerde beschrijving

**Behandelwensenformulier**

|  |  |
| --- | --- |
| NAW sticker | **Naam 1e vertegenwoordiger:**  **Telefoon nummer:**  **Relatie tot cliënt:** |
| Wat moet ik als zorgverlener van u weten om u passende zorg te kunnen bieden? Denk aan geloofsovertuiging, levenshouding, en andere belangrijke zaken. | |

**Reanimeren: ⃝ ja ⃝ nee**

|  |
| --- |
| **Ziekenhuisopname:**  **Beademen:** ⃝ja ⃝ nee **Intensive care**: ⃝ ja ⃝ nee **Hartbewaking**: ⃝ ja ⃝ nee Meest passende behandelbeleid. Maak een keuze uit: ⃝ Actief beleid, inclusief ziekenhuisopname (Deze aankruisen als u nu geen keuze kunt of wilt maken)  ⃝ Ziekenhuisopname indien nodig, als dit de kwaliteit van leven ten goede komt  ⃝ Geen ziekenhuisopname, behalve bij (heup) fractuur  ⃝ Geen ziekenhuisopname, ook niet bij (heup) fractuur |
| **Als het einde onafwendbaar is**, hanteren we een palliatief beleid waarbij alles gericht is op comfort en een goede stervensfase.  Voorkeur plaats van overlijden: ⃝ eigen omgeving ⃝ palliatief-terminale zorgplek ⃝ geen voorkeur |
| Wilsverklaring aanwezig: ja / nee Euthanasieverklaring aanwezig: ja / nee  Behandelverbod aanwezig: ja / nee |

|  |
| --- |
| **Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geef ik toestemming om betrokken artsen en zorgverleners in mijn woonomgeving of daar buiten te informeren over mijn behandelwensen.**  **Naam: Naam 1e vertegenwoordiger:**  **Handtekening: datum:** |
| **Afspraken vastgelegd met: Naam: Paraaf huisarts voor gezien:**  ⃝ Huisarts / andere arts  ⃝ Verpleegkundig specialist  ⃝ POH / verpleegkundige |
| **Behandelwensenformulier in drievoud**  Kopie 1: voor u zelf. Wanneer u zorg ontvangt wordt dit formulier opgeslagen in uw zorgdossier thuis  Kopie 2: voor uw arts. Deze wordt opgeslagen in uw medisch dossier en gedeeld met de huisartsenpost  Kopie 3: voor betrokkenen. Als u per ambulance vervoerd wordt of bij opname in ziekenhuis of zorginstelling |
| **Evaluatie behandelwensenformulier**  Evaluatie van uw behandelwensen gebeurt tenminste eenmaal per jaar. Bij wijzigingen zal er een nieuw behandelwensenformulier ingevuld worden. Verandert uw mening dan kunt u ook tussentijds in gesprek met uw arts of zorgverlener. |