**Behandelwensenformulier**

*Huisartsenpraktijk Aarle-Rixtel*

*In te vullen door zorgverlener*

|  |
| --- |
| **Datum:** Klik of tik om tekst in te voeren.**Naam:** Klik of tik om tekst in te voeren.**Geboortedatum:** Klik of tik om tekst in te voeren.**Contactpersoon:**Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Wat moet ik als zorgverlener van u weten om u de best mogelijk zorg te kunnen bieden?*.* |
| Reanimeren*?*  [ ] ja [ ] nee [ ] andersKunstmatig beademen? [ ] ja [ ] nee [ ] andersZiekenhuisopname? [ ] ja [ ] nee [ ] andersWens t.a.v. permanent verpleeghuisopname? [ ] ja [ ] nee [ ] andersBehandelen met antibiotica? [ ] ja [ ] nee [ ] andersKunstmatig vocht/voeding ter overbrugging? [ ] ja [ ] nee [ ] andersKunstmatig vocht/voeding toedienen langdurig? [ ] ja [ ] nee [ ] andersBloedtransfusie? [ ] ja [ ] nee [ ] andersZuurstof toediening? [ ] ja [ ] nee [ ] andersGeestelijke verzorging inschakelen voor bediening/begeleiding? [ ] ja [ ] nee [ ] andersToelichting*: anders= later te beslissen* |
| [ ] **Niets vastleggen:** medisch beleid bij calamiteiten bepalen iom client/1e vertegenwoordiger |
| **Gevolgmachtigde/wettelijke vertegenwoordiger**De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:. |
| **Met ondertekening van dit behandelwensformulier, geef ik toestemming om betrokken artsen en zorgverleners (zoals ambulancemedewerker) te informeren over mijn behandelwensen.**Naam (cliënt): . Telefoonnummer: . Handtekening: . Naam (gevolmachtigde persoon):. Telefoonnummer:.Handtekening: |
| **Verandert u van mening? Bespreek dit dan met uw arts of zorgverlener.****U kunt dit ten alle tijde doen.** |
| **Afspraken vastgelegd met**: Paraaf voor gezien:Naam: Telefoonnummer: 0492-381253[x] Huisarts[ ] Andere arts, namelijk: |
| ***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.* |