



Formulier Behandelaafspraken/behandelgrenzen

Gaat u akkoord met het delen van deze behandelaafspraken met andere betrokken hulpverleners?

Ja Nee

Naam _____ Geboortedatum ____/____/____

1. Wilsbekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiging

Is de patiënt op dit moment wilsbekwaam m.b.t. medische handelingen?

ja nee

Bij wilsonbekwaamheid m.b.t. medische behandelbeslissingen is/wordt de wettelijke vertegenwoordiger:

Naam _____ Telefoonnummer _____

Relatie tot patiënt _____

Is de wettelijke vertegenwoordiger ook de eerste contactpersoon?

ja nee ->

Naam eerste contactpersoon _____ Telefoonnummer _____

2. Behandelgrenzen

a) Reanimatie wel uitvoeren niet uitvoeren anders

Toelichting: _____

b) Kunstmatige beademing, met behulp van een flexibele buis ingebracht in uw longen

wel uitvoeren niet uitvoeren anders

Toelichting: _____

c) Opname op een Intensive Care

wel uitvoeren niet uitvoeren anders

Toelichting: _____

d) Opname in een ziekenhuis

wel uitvoeren niet uitvoeren anders

Toelichting: _____



e) *Behandeling met antibiotica, bijvoorbeeld bij een longontsteking*

wel uitvoeren niet uitvoeren anders

Toelichting: _____

f) *Toediening van een bloedproduct via een infuus*

wel uitvoeren niet uitvoeren anders

Toelichting: _____

3. Behandelwensen

a) *Gewenste plek van overlijden*

Thuis Ziekenhuis Verpleeghuis Hospice Nog onbekend anders

Toelichting gemaakte afspraken: _____

b) *Palliatieve sedatie:*

wenst wel palliatieve sedatie wenst geen palliatieve sedatie

b) *Euthanasie standpunt:*

Heeft euthanasieverklaring (zie bijlage) Wenst geen euthanasie Nog onbekend

Toelichting: _____

4. Donorwensen

Registratie via donorregister.nl/Lichaam aan de wetenschap

4. Ondertekening

Handtekening patiënt. Naam _____ *Geboortedatum* _____

Datum _____ *Plaats* _____

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger

Naam _____ *Datum* _____ *Plaats* _____