

Behandelwensenformulier (In te vullen door zorgverlener)

Datum: Naam: Geboortedatum: Gevolmachtigde / contactpersoon (naam en telefoonnummer):
Wat maakt u gelukkig? Wat vindt u belangrijk in het leven?
Welke aspecten van zorg zijn belangrijk voor u? Welke rol heeft ziekte/gezondheid in uw leven?
Wanneer vindt u het leven niet meer waard om voor te strijden (bv; als ik niet meer goed kan communiceren; als ik niet meer kan eten en smaak beleven)?
Is er iets wat u beangstigt of waarvan u bang bent dat het gebeurt aangaande uw gezondheid?
Wat vindt u belangrijk met betrekking tot uw naasten? (bv; hoe staan zij tegenover uw behandelwensen, bijzonderheden in uw gezinssituatie?)
Als u meer zorg nodig heeft, waar wilt u dan het liefst verblijven? Wat is voor u belangrijk wat betreft uw woonsituatie?
Als het einde nadert, waar wilt u dan het liefst verblijven? Thuis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Verpleeghuis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Ziekenhuis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Hospice <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Anders, namelijk:

Informatie over dit formulier: Monique de Wit – Rijnierse – ZONH; m.dewit-rijnierse@zonh.nl; 072 54 14 600



Palliatieve zorg
Noord-Holland
& Flevoland

ZONH



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra

Behandelwensen	
Reanimeren	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> anders
Ziekenhuisopname	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> anders
Intensieve behandeling als kans groot is dat autonomie verloren gaat	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee <input type="radio"/> anders
<u>Toelichting:</u>	
Verklaringen	
NR (niet reanimeren) verklaring	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Behandelvebod	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Euthanasieverklaring	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Volmacht	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Anders, namelijk:	
Gevolmachtigde / Wettelijk vertegenwoordiger	
De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:	
Verandert u van mening? Bespreek dit dan met uw arts of zorgverlener. U kunt dit te allen tijde doen.	
Naam (cliënt):	Naam (gevolmachtigde):
Telefoonnummer:	Telefoonnummer:
Handtekening:	Handtekening:
Afspraken vastgelegd met:	
Naam:	Telefoonnummer:
<input type="radio"/> Huisarts <input type="radio"/> andere arts, namelijk:	
Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geeft u toestemming om betrokken artsen en zorgverleners te informeren over uw behandelwensen.	
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.	

Informatie over dit formulier: Monique de Wit – Rijnierse – ZONH; m.dewit-rijnierse@zonh.nl; 072 54 14 600



Palliatieve zorg
Noord-Holland
& Flevoland

ZONH



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra