

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="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Verpleeghuis <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Ziekenhuis <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Hospice <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee Anders, namelijk: |

Informatie over dit formulier: eol@amsterdamumc.nl



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: eol@amsterdamumc.nl



Palliatieve zorg
Noord-Holland
& Flevoland

ZONH



Amsterdam UMC
Universitair Medische Centra