

Datum:

Naam:

Geboortedatum:

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?

Wat maakt het voor u de moeite waard om zolang mogelijk te willen leven?

Is er iets wat u beangstigt of waarvan u bang bent dat het gebeurt wat betreft uw gezondheid?

Wat vindt u belangrijk met betrekking tot uw naasten? (b.v. hoe staan zij tegenover uw behandelwensen, bijzonderheden in uw gezinssituatie?)

Als u meer of andere 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: | | |

Behandelwensen

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| A = Alles | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| B = behoud van de huidige situatie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| C = Comfort | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Reanimeren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Ziekenhuisopname | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Verklaringen

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| NR (Niet Reanimeren) verklaring | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Wilsverklaring | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Volmacht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

Gevolmachtigde / Wettelijk vertegenwoordiger

De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:

- Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geef ik toestemming om betrokken artsen en zorgverleners te informeren over mijn behandelwensen.**
- Ik realiseer me dat de uitvoering van mijn behandelwensen niet altijd vanzelfsprekend uitvoerbaar is.**

Verandert u van mening? Bespreek dit dan met uw arts of zorgverlener. U kunt dit te allen tijde doen.

Ondertekening

- | | |
|----------------------------------|---|
| Naam: | <i>Gevolmachtigde</i> |
| Telefoonnummer: | Naam: |
| Handtekening: | Telefoonnummer: |
| Afspraken vastgelegd met: | <input type="checkbox"/> Huisarts |
| Naam: | <input type="checkbox"/> Andere arts, namelijk: |
| Telefoonnummer: | |

Zorg- en behandelwensenformulier in drievoud

Kopie 1: voor u zelf. Leg dit formulier op een zichtbare plaats.

Kopie 2: voor uw arts. Wordt opgeslagen in uw medisch dossier.

Kopie 3: bij opname in ziekenhuis of zorginstelling of wanneer u zorg ontvangt.