

Behandelwensenformulier

Voor zover besproken, in te vullen door zorgverlener

Datum:	Wettelijk vertegenwoordiger (beslist namens de patiënt indien hij/zij dat zelf niet kan)		
Naam patiënt: BSN-nummer: Geboortedatum:	Naam: Telefoonnummer: Relatie tot de patiënt:	-----	
	Indien geen aangewezen wettelijk vertegenwoordiger Naam eerste contactpersoon: Telefoonnummer: Relatie tot de patiënt:		
Zorgdoelen patiënt (formuleer de relevante informatie kort en bondig)			
<p>Wat moeten zorgverleners nu en in de toekomst absoluut van de patiënt weten om u de best passende zorg te kunnen bieden? Formuleer individuele zorgdoelen¹ o.a. aan de hand van onderstaande vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer is het een goede dag voor de patiënt? Beschrijf de onderdelen die daar primair voor zorgen. • Wat zijn de prioriteiten en doelen van de patiënt? • Wat zijn de angsten of zorgen van de patiënt voor de toekomst aangaande de gezondheid? • Welke uitkomsten zijn onacceptabel voor de patiënt? • Wat zou de patiënt absoluut niet willen opofferen? • Heeft de patiënt een bepaalde overtuiging of levensbeschouwing die van invloed is op beslissingen rond het levenseinde? 			
<p>Zorgdoelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • 			
Indien er een zeer grote kans ontstaat op beperking van kwaliteit van leven en verlies van autonomie, dan liever geen levensverlengend handelen	<input type="checkbox"/> Eens	<input type="checkbox"/> Oneens	<input type="checkbox"/> Anders (zie toelichting)
Waar wil de patiënt het liefst overlijden?	<input type="checkbox"/> Thuis	<input type="checkbox"/> Hospice	<input type="checkbox"/> Anders (zie toelichting)
<p>Toelichting Klik hier als u tekst wilt invoeren.</p>			

¹ Onder het kopje 'zorgdoelen' kunt u de concrete behandelwensen van de patiënt beschrijven. Denkt u hierbij bijvoorbeeld aan: hooguit een ziekenhuisopname voor gerichte interventie, uitsluitend behandeling gericht op comfort, zo lang mogelijk mobiel blijven, ADL onafhankelijk zijn of wensen als 'alles wat technisch mogelijk is' vanwege geboorte kleinkind of de zorg voor partner.

Behandelafspraken (alleen in te vullen indien u zichzelf hiertoe bekwaam acht)				
<input type="checkbox"/> Patiënt wil/kan niets vastleggen: medisch beleid wordt i.o.m. patiënt/contactpersoon bepaald. Indien dit niet mogelijk is besluit een arts tot de meest kansrijke behandeloptie.				
<i>Toelichting:</i> Klik hier als u tekst wilt invoeren.				
Ziekenhuisopname				
<input type="checkbox"/> Ja (kies één code)	<input type="checkbox"/> Code 1: Volledige beleid: wel reanimeren en wel invasief beademen ²	<input type="checkbox"/> Code 2a: Niet reanimeren, wel invasief beademen	<input type="checkbox"/> Code 2b: Niet reanimeren, niet invasief beademen, wel andere vormen van orgaanondersteuning ³	<input type="checkbox"/> Code 3: Opname verpleegafdeling, niet reanimeren, geen orgaanondersteuning
Overige beperkingen (bv. niet invasieve beademing ⁴ , <u>permanente</u> nierfunctie vervangende therapie, bloedtransfusie, operatie, antibiotica, sondevoeding, vochttoediening)				<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nee (patiënt belt bij een acute situatie niet 112 maar de huisarts of de huisartsenpost 0318-200800)				
<input type="checkbox"/> Anders (zie toelichting)				
<i>Toelichting</i> Klik hier als u tekst wilt invoeren.				
(Wils)verklaringen				
Actuele euthanasieverklaring (<i>kopie toevoegen aan dossier</i>)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Anders (zie toelichting)	
Volmacht (<i>kopie toevoegen aan dossier</i>)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Anders (zie toelichting)	
Donorregistratie (<i>kopie toevoegen aan dossier</i>)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Anders (zie toelichting)	
Overige verklaringen (zoals niet reanimeren verklaring, behandelverbod, levenswensverklaring)	<input type="checkbox"/> Ja (licht toe)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Anders (licht toe)	
<i>Toelichting</i> Klik hier als u tekst wilt invoeren.				
Met ondertekening van dit behandelwensenformulier verklaart de patiënt dat zijn wensen hier vertegenwoordigd zijn en te weten dat betrokken artsen en zorgverleners hierover worden geïnformeerd⁵				
Naam (patiënt):		Naam (wettelijk vertegenwoordiger):		
Telefoonnummer:		Telefoonnummer:		
Handtekening:		Handtekening:		
De patiënt kan te allen tijde zijn of haar wensen met de arts en/of zorgverlener opnieuw bespreken en laten aanpassen				
Afspraken vastgelegd met Naam: <input type="checkbox"/> huisarts <input type="checkbox"/> andere arts, namelijk: <input type="checkbox"/> andere zorgverlener, namelijk:		Paraaf voor gezien (indien niet automatisch ondertekend): Telefoonnummer:		
Verslaglegging & overdracht				
Kopie 1&2:	voor de patiënt en zijn of haar mantelzorger (niet noodzakelijk de wettelijk vertegenwoordiger). Laat de patiënt het formulier neerleggen op een zichtbare plaats in huis (bijvoorbeeld naast de telefoon) en bewaren samen met de zorgverzekeringsspas en/of ziekenhuispas.			
Kopie 3:	voor de zorgverlener met wie het gesprek gevoerd is. Het formulier wordt opgeslagen in het medisch dossier van de patiënt en gedeeld met andere betrokken zorgverleners.			

2 Invasief beademen betekent kunstmatige beademing via een buisje in de luchtwegen; hiervoor wordt het bewustzijn van de patiënt tijdelijk verlaagd.

3 Orgaanondersteuning vindt plaats op de intensieve zorgafdeling (Intensive Care) of hartbewaking (Coronary Care Unit).

4 Niet invasieve beademing: beademing via een masker. Dit is niet altijd mogelijk.

5 Indien een handtekening wordt gezet, fungeert dit behandelwensenformulier als een wilsverklaring.

Dit formulier is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep "Vroegtijdige Zorgplanning Gelderse Vallei".