|  |
| --- |
| **Proactief Zorgplan** |

|  |
| --- |
| *Betreffende*Naam:Geboortedatum:Datum van invullen: Ingevuld door (naam + functie):Datum van aanvullen: Aangevuld door (naam + functie):**Voor invullers van het palliatief overdrachtsdocument:**1. Dit document aan de patiënt die het betreft geven; het is de bedoeling dat dit document steeds bij de patiënt blijft, ongeacht waar die zich bevindt.
2. Gelieve een kopie van de actuele medicijnlijst bij te voegen.
3. **(Dit document kan worden toegevoegd aan *Mijn Zorgmap*.)**

**Voor zorgverleners die werken met het palliatief overdrachtsdocument:**Dit document is dynamisch, en zal daarom zo nodig door de hoofdbehandelaar aangevuld en/of aangepast worden. Dit betekent dat er meerdere versies van dit document in omloop kunnen raken. De meest actuele versie bevindt zich echter altijd bij de patiënt.Verzoek aan de client:Dit document graag bespreken met dierbaren (indien gewenst), thuiszorg en uw huisarts. |

|  |
| --- |
| **Proactief Zorgplan (1)****Basisgegevens en beleid** |
| **Naam patiënt:** Adres:Postcode:Telefoonnummer:BSN: | Geboortedatum:Woonplaats:Verzekering: |  M/VInschrijfnummer: |
| **Contactpersoon familie:**Telefoonnummer: | **Wettelijke vertegenwoordiger:**Relatie tot patiënt:Telefoonnummer: |
| **Diagnose:****Relevante voorgeschiedenis:** |
|  |  |  |
| **Inventarisatie wensen en beleid ten aanzien van:****Opname ziekenhuis:****Reanimatie:****Wel/niet bellen 112****Medicatie: zie meest actuele lijst****ICD (indien aanwezig)****Wat is besproken t.a.v. het levenseinde?**Zijn er documenten als het levenseinde-wilsbeschikking-euthanasieverklaring-donorcodicil?Voorkeursplaats van overlijden:(Indien van toepassing) specifieke wensen van patiënt:Cliënt gaat akkoord met delen van gegevens met arts/apotheek ja/nee |

|  |
| --- |
| **Proactief Zorgplan (2)****Wat-als-beleid** |
| **Naam patiënt:** | **Geboortedatum:** | **M/V** |
| **Mogelijke problemen:** | **Suggesties voor actie/beleid:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Belangrijke telefoonnummers**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Functie** | **Naam** | **Telefoonnummer** |
| Huisarts |  |  |
| Dokterswacht Friesland |  | 0900 - 112 71 12 |
| Thuiszorg |  |  |
| Palliatief verpleegkundige thuiszorg |  |  |
| Medisch specialist (+ functie) |  |  |
| Palliatief Team MCL |  | 058 - 286 31 87 |
| Provinciaal Palliatief Team:Friesland (PCTF) | **NB. Alleen te consulteren door zorgverleners; 24/7 bereikbaar** | 088 - 605 14 44 |
| Overig: |  |  |
| VPTZ Noordwest Friesland |  | 06 - 51 49 09 58 |
| Sichtpunt |  | 06 - 29 35 55 78 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **Proactief Zorgplan (3)****Medicatie: mutaties en bijzonderheden** |
| **Naam patiënt:** | **Geboortedatum:** | **M/V** |
| **Allergieën:** |
| **Medicatie bijzonderheden en wijzigingen**Ervaringen met medicatie, ongewenste effecten/onvoldoende effect.Hierbij gaat het ook om medicatie waarmee de cliënt goede ervaringen heeft gehad. |
| Zelfmedicatie, denk hierbij aan medicatie via de apotheek/drogist of bijvoorbeeld homeopathie. |

|  |
| --- |
| **Let op: actuele medicatielijst toevoegen aan dit overdrachtsdocument!** |

|  |
| --- |
| **Proactief Zorgplan (4)****Actuele situatie domeinen** |
| **Naam patiënt:** | **Geboortedatum:** | **M/V** |

|  |
| --- |
| **Fysiek/Somatisch**  |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |
| --- |
| **Functioneel/Zorgverlening/ADL** |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |
| --- |
| **Sociaal/financieel** |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |
| --- |
| **Psychisch** |
| Huidige situatie |
| Beleid |

|  |
| --- |
| **Zingeving** |
| Huidige situatie |
| Beleid |