

WILSBESCHIKKING

In gesprek over uw behandelwensen



Naam:
Postcode:
Woonplaats:
Geboortedatum:
BSN nummer:
Telefoon / mobiel:
Huisarts:
Wijkverpleging:

Als mijn belangenvertegenwoordiger/wettelijk vertegenwoordiger benoem ik:

Naam:
Relatie: echtgeno(o)t(e)/zoon/dochter/familie/vriend/anders:
Adres:
Telefoon:

Hierbij verklaar ik aan mijn kinderen, naasten en behandelend artsen het volgende:

- Ik wil wel/geen levensverlengende handelingen als die ten koste gaan van mijn kwaliteit van leven.
- Ik wil wel/niet worden gereanimeerd.
- Ik wil wel/niet intensief worden beademd.
- Ik wil wel/niet worden opgenomen op de intensive care.
- Ik wil wel/geen ziekenhuisopname voor grote ingrepen: bv heupoperatie
- Ik wil wel/geen antibiotica in thuissituatie.
- Ik wil wel/geen ziekenhuisbezoek voor controles of kleine behandelingen zoals bloedtransfusie.
- Andere behandelgrens wensen:
 - Als ik ernstig ziek ben en/of overlijdt is mijn wens t.a.v. geloofsovertuiging, inzet geestelijke verzorging: geen/ graag contact opnemen met: Naam:
Functie: Tel:
 - Als ik ernstig ziek ben en/of overlijdt is mijn wens om: Thuis te blijven/ hospice/ andere woonvorm, namelijk:
- Ik wil wel/geen/misschien euthanasie. Indien ja/misschien; graag Euthanasie verklaring invullen en kopie aan huisartsenpraktijk.
- Bent u orgaandonor?; ja/nee/onbekend.
- Ik heb wel/geen eerdere behandelwensen vastgelegd. Zo ja, bij wie en welke afspraken:
Naam organisatie:
Behandelwens:

Tevens ga ik akkoord met het delen van medische gegevens via LSP en VIP-live.

Datum en Plaats:

Handtekening: