

Patiënt informatie:

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Woonsituatie:

CIZ indicatie:

Ingeschreven voor verzorgingstehuis ja/nee, nl:

Gewenste woonsituatie:

Als ik niet in staat ben zelf meer beslissingen te nemen of duidelijk te maken mag namens mij een beslissing genomen worden door:

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Telefoon:

e-mail:

Hierna omschreven als **plaatsvervangend gemachtigde**

Zorg informatie:

Huisarts: P.L.W. Pijman, Huisartsenzorg Minnertsga tel.0518471224

Thuiszorg:

Behandelend specialist (hoofdbehandelaar):

Behandelende afdeling:

Belangrijke Telefoonnummers:

Contactpersoon familie:

Spoedlijn huisarts: 0518-471224 optie 1

Dokterswacht: 0900-1127112

Alarmlijn bij levensbedreiging: 112

Hoofd diagnose(s):

Belangrijke voorgeschiedenis:

Medicatieoverzicht : zie meest actuele lijst

ICD : (indien aanwezig):

Wensen over behandeling:

Ik heb de volgende wensen over het te volgen medische beleid:

-Opname ziekenhuis: Ja

Nee

Nee tenzij ziekenhuisopname bijdraagt tot een aanzienlijke vermindering van lijden en een betere kwaliteit van leven

-Reanimatie: Ja/Nee

-Wel/niet bellen 112 : Ja/Nee

-Beademing: Ja/Nee

-Levensverlengende behandeling ook als dit niet bijdraagt aan de kwaliteit van mijn leven Ja/Nee

-Aanvullende wensen:

- Bij **ernstige pijn** wel/geen behandeling met medicatie ook als dat tot eerder overlijden zou kunnen leiden.
- Bij **nierfalen** wel/geen nierdialyse.
- Bij **een ernstige infectie** wel/geen behandeling met antibiotica
- Bij **ernstige kortademigheid** wel/geen behandeling om klachten van benauwdheid te verminderen (morfine, zuurstof)
- Bij **toestand waarbij thuisverpleging niet meer mogelijk is** wel/geen opname in ziekenhuis, verpleeghuis of hospice
- **Mantelzorg** kan onbeperkt/ voor ... dagen/voor ...weken geregeld worden tot er een plaats is voor opname in een verpleeghuis of hospice.
- De mantelzorg wordt geregeld door:
 - **Naam:**
 - **Relatie:**
 - **Bereikbaarheidsgegevens:**

Wat is besproken t.a.v. het levenseinde

Mijn wensen zijn vastgelegd in de volgende **documenten**:

- een levenstestament
- een euthanasieverklaring
- een wilsbeschikking
- een donorcodicil
- een schriftelijk behandelverbod

Ik heb naast wat in deze documenten is opgenomen de volgende wensen:

Voorkeursplaats van overlijden:

(Indien van toepassing) specifieke wensen van patiënt:

Aanvullende informatie

Behalve door de eerder genoemde hoofddiagnose wordt mijn medische situatie gekenmerkt door de volgende aandoeningen:

- ...
- ...
- ...
- ...

Mijn gezondheid is bovendien kwetsbaar door:

- Valgevaar (2 of meer keer gevallen afgelopen jaar)
- Geheugen en/of herkenningproblemen
- Afhankelijkheid van hulp bij mijn persoonlijke verzorging
- Matige inname van eten en drinken
- Moeite met het verplaatsen van mijzelf
- Problemen met het zien
- Problemen met het horen
- (Gevoelens van) angst, somberheid of eenzaamheid
- Allergieën en/of overgevoeligheden:
 - ...
 - ...
 - ...
- Andere nog niet genoemde zaken:

Ondertekening

Ik verklaar:

- bovenstaande gegevens naar waarheid en geweten, met volle overtuiging en helder bewustzijn te hebben begrepen en ingevuld en met een paraaf op elke bladzijde te hebben bevestigd;
- bovenstaande gegevens vrijwillig en niet onder enige dwang te hebben ingevuld;
- bewust te zijn van de gevolgen die deze verklaring op de op mij van toepassing zijnde zorg als ik zelf niet meer in staat ben dit te verwoorden;
- ermee in te stemmen dat een kopie van deze gegevens door mijn huisarts wordt verstrekt aan de Dokterswacht Friesland en de andere bij mijn zorg betrokken of nog te betrekken hulpverlenende instanties.

Aldus opgemaakt in tweevoud te (plaats):
op datum:

Handtekening van **patiënt**:

Handtekening **plaatsvervangend gemachtigde**:

Handtekening van **huisarts**:

Datum van invullen: Ingevuld door (naam + functie):

Datum van aanvullen: Aangevuld door (naam + functie):

Bijlage: niet reanimeren verklaring

WILSVERKLARING TOT NIET-REANIMEREN

Hierbij verklaar ik, dat ik niet gereanimeerd wil worden in geval van een hartstilstand.

Naam:

Voornamen:

Geboortedatum:

BSN:

Adres:

.....

Huisarts: P.L.W. Pijman

Met de ondertekening van deze wilsverklaring geef ik toestemming aan mijn (huis)arts om de huisartsenpost en eventuele andere zorgverleners* te informeren over mijn keuze om niet gereanimeerd te willen worden.

Datum: te:

Handtekening:

*Informatie over een wilsverklaring tot niet-reanimeren wordt doorgegeven als iemand wordt vervoerd per ambulance of opgenomen wordt in een ziekenhuis of in Een verzorgingshuis of verpleeghuis gaat wonen

Bijlage : Bespreekdocument wilsverklaring

Dit is een voorbeeld. Kies uw eigen woorden. Het is aan te raden één en ander eerst te bespreken met uw naasten en uw zorgverleners. De huisarts wil graag een kopie van uw schriftelijke verklaring voor zijn dossier. Hij zal er ook voor zorgen dat deze toegankelijk is voor de huisartsenpost. Houdt uw verklaring actueel en herbevestig deze in ieder geval elk jaar.

Hierbij verklaar ik aan mijn kinderen, naasten en behandelend artsen het volgende: (aanvinken wat van toepassing is)

- Ik wens zo langdurig mogelijk in leven te worden gehouden
- Ik wil niet dat in acute situaties 112 wordt gebeld. Eerst zal de huisarts of zijn/haar vervanger (huisartsenpost) mijn toestand moeten kunnen beoordelen.
- Ik wil niet worden gereanimeerd, dus altijd eerst de huisartsenpost bellen.
- Ik wil geen onnodig levensverlengende handelingen als die ten koste gaan van mijn kwaliteit van leven.
- Ik wil niet worden beademd.
- Ik weiger op kunstmatige wijze te worden gevoed middels een maagsonde of katheter via de buik.
- Ik mag altijd aan geven dat ik tijdelijk (permanent kan uitsluitend door een besluit van een arts) in slaap wil worden gehouden ingeval van uitputting om op krachten te komen.
- In geval van (toekomstig) uitzichtloos en ondraaglijk lijden wil ik mijn wens voor een actieve levensbeëindiging (euthanasie) ter sprake brengen.
- Ik begrijp dat ik in een situatie kan komen waarin ik anders ben gaan denk over mijn behandelwensen, maar waarop ik niet meer in staat ben om die wensen aan te passen. Ik aanvaard het risico dat dan uitgevoerd zal worden wat op schrift staat.
- Als mijn belangenvertegenwoordiger/wettelijk vertegenwoordiger/plaatsvervangend gemachtigde benoem ik:

Plaats en datum:

Handtekening:

CC plaatsvervangend gemachtigde,

De huisarts draagt zorg voor overdracht naar de huisartsenpost en een vermelding als memo tekst in het patiëntendossier huisarts en huisartsenpost.

Proactief zorgplan: Huidige situatie

Patiëntgegevens:

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Datum:

Lichamelijke toestand:

Beleid:

Datum:

Geestelijke toestand:

Beleid:

Datum:

Beperking in functioneren en benodigde zorgverlening:

Beleid:

Sociale/financiële situatie:

Mening ten op zichte van zingeving/geloof/

Medicatie beleid

Huidige medicatie	Dosering	Reden van voorschrijven	Wijziging	Datum van wijziging	Paraaf arts

Medicatie bijzonderheden (Ervaringen, bijwerkingen, effect etc.)

Te verwachten problemen, voorstellen voor actie/beleid:

Belangrijke telefoonnummers zorgverleners

Huisarts	0518-471224
Thuiszorg	
Dokterswacht Friesland	0900 - 1127112
Medisch specialist (+ functie)	
Overig	