

Medische behandelingsafspraken

Altijd kopie meegeven bij ziekenhuisopname!

Naam bewoner: Kamer: Geboortedatum:

!!!! DOOR DE BEHANDELLENDE ARTS IN TE VULLEN !!!!

1. NIET REANIMEREN	Paraaf
In geval van cardiorespiratoire stilstand wordt geen reanimatie gestart, d.w.z. geen hartmassage, geen defibrillatie, geen kunstmatige beademing	

⇒ 2 en 3 zijn slechts van toepassing wanneer ook 1 geldt

2. MIJN WIL BETREFT DE VOLGENDE TUSSENKOMSTEN: Ik wil dat deze ook gerespecteerd blijven indien ik mijn wil niet meer kan uiten.			
<input type="checkbox"/> Ik wil niet naar het ziekenhuis worden gevoerd			
<input type="checkbox"/> Ik wil niet op een intensieve zorgen afdeling van een ziekenhuis worden opgenomen			
<input type="checkbox"/> Ik wil niet aan een beademingsapparaat worden gekoppeld			
<input type="checkbox"/> Ik wil niet kunstmatig worden gevoed als ik niet meer op eigen kracht kan of wil eten			
<input type="checkbox"/> Ik wil niet dat mijn leven met curatieve behandelingen wordt verlengd: Ik wil niet starten met:			
<input type="checkbox"/> Antibiotica <input type="checkbox"/> Cardiotonica/inotropica <input type="checkbox"/> Diuretica <input type="checkbox"/> Bestraling , chemotherapie <input type="checkbox"/> Transfusie <input type="checkbox"/> Chirurgische ingrepen <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Transplantatie	Paraaf	<input type="checkbox"/> Pijnbestrijding die mijn bewustzijn beperkt <input type="checkbox"/> Experimentele behandeling <input type="checkbox"/> Aandringen van voedsel/vocht p.o. <input type="checkbox"/> Vochttoediening via infuus3. <input type="checkbox"/> Trachea-aspiratie <input type="checkbox"/>	Paraaf
<input type="checkbox"/> ik wil beëindiging van mijn leven (euthanasie) als ik in een toestand van onomkeerbaar coma beland (ik vul hiertoe de wilsverklaring inzake euthanasie in)			

3. THERAPIE AFBOUWEN	Paraaf		Paraaf
Stop volgende behandeling(en)		<input type="checkbox"/> .	
<input type="checkbox"/> .		<input type="checkbox"/> .	
<input type="checkbox"/> .		<input type="checkbox"/> .	

Comfortzorg wordt steeds toegediend !!!

OVERLEG

BEHANDELENDE ARTS

Naam voluit van de behandelende arts:

Handtekening van de behandelende arts:

Stempel van de behandelende arts:

BEWONER:

Naam:

Handtekening:

OF VERTEGENWOORDIGER(S) VAN DE BEWONER:

Naam/verwantschap:

Handtekening;

VERANTWOORDELIJKE VERPLEEGKUNDIGE:

Naam:

Handtekening:

DATUM:

UUR:

Na mijn overlijden:

- Wil ik mijn organen afstaan voor transplantatie
- Wil ik mijn lichaam afstaan voor de wetenschap (en heb universiteit verwittigd)
- Wil ik een uitvaart volgens de modaliteiten die ik heb bepaald.

ANNULEER ONMIDDELIJK BOVENSTAANDE RICHTLIJN(EN)

Naam voluit van de behandelende arts:

Datum en uur:

Handtekening

EN / OF

Naam voluit van de bewoner of zijn/haar
vertegenwoordiger(s):

Datum en uur:

Handtekening:

Deze beslissing kan ten allen tijden herroepen worden door bewoner of zijn vertegenwoordiger.
Zonder herroepen blijft de beslissing gelden.