

**Behandelwensen**

Zorg moet zo goed mogelijk aansluiten op uw wensen. Daarom is het goed om te bedenken welke wensen u heeft over uw gezondheid, uw leven en zorg.

**Uw zorg- en behandelwensen bespreken** Dit heet een ‘Behandelwensengesprek'.

Bespreek uw wensen met uw familie en met uw (huis)arts. Hierin bespreekt u onder andere:

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Contactpersoon (naam en telefoonnummer): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Hoe staat u in het leven? Wat maakt u gelukkig? Wat vindt u belangrijk in het leven? |
| Welke aspecten van zorg zijn belangrijk voor u? Welke rol heeft ziekte/gezondheid in uw  leven? |
| Wanneer vindt u het leven niet meer waard om voor te strijden (bv; als ik niet meer goed  kan communiceren; als ik niet meer kan eten en smaak beleven)? |
| Is er iets wat u beangstigd of waarvan u bang bent dat het gebeurt aangaande uw  gezondheid? |
| Wat vindt u belangrijk met betrekking tot uw naasten? (bv; hoe staan zij tegenover uw  behandelwensen, bijzonderheden in uw gezinssituatie?) |



|  |
| --- |
| Als u meer zorg nodig heeft, waar wilt u dan het liefst verblijven? Wat is voor u belangrijk  wat betreft uw woonsituatie? Hoe u denkt over het wonen in een verpleeghuis. |
| Heeft u weleens nagedacht over welke behandelingen u wel of niet meer wilt ontvangen? |
| Zou u gereanimeerd willen worden? |
| Is er iemand die over behandelingen kan beslissen, wanneer u dit zelf niet meer kunt?  Dit heet een volmacht |

**Meer informatie?**

Bij uw huisarts kunt u informatie opvragen of uw eerdere verklaringen inzien. Via onderstaande websites kunt u ook betrouwbare informatie vinden die u kan helpen nadenken over uw zorg- en behandelwensen. U zult op deze websites vaak de term ‘levenseinde’ tegenkomen. Ons doel is met u te praten over uw behandelwensen en niet zozeer over het levenseinde.

www.thuisarts.nl/levenseinde

Ik wil nadenken en praten over mijn levenseinde

Ik wil de wensen voor mijn levenseinde vastleggen

Ik wil nadenken over reanimatie

www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie

Hierop vindt u onder andere informatie over de volgende onderwerpen:

Wie beslist er over mijn medische behandeling als ik dit zelf niet (meer) kan?

Hoe stel ik een wilsverklaring op?

**Behandelwensenformulier in drievoud**

Kopie 1: voor u zelf. Leg dit formulier op een zichtbare plaats (bijvoorbeeld naast de telefoon).

Kopie 2: voor uw arts. Wordt opgeslagen in uw medisch dossier en gedeeld met de huisartsenpost.

Kopie 3: voor betrokkenen. Als u per ambulance wordt vervoerd of bij opname in ziekenhuis of

zorginstelling. Wanneer u zorg ontvangt wordt dit formulier opgeslagen in uw dossier.



**Behandelwensen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Reanimeren  Beademing  Ziekenhuisopname  Intensieve behandeling als kans groot is dat autonomie verloren gaat  *Toelichting:* | | O ja O nee  O ja O nee  O ja O nee  O ja O nee |
| **Verklaringen**  NR (niet reanimeren) verklaring Behandelverbod  Euthanasieverklaring  Volmacht  Anders, namelijk | O ja O nee  O ja O nee  O ja O nee  O ja O nee | |
|
|
|
|
| **Gevolmachtigde / Wettelijk vertegenwoordiger**  De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:  Naam:  Telefoonnummer: | | |
| **Als het einde nadert, waar wilt u dan het liefst verblijven?** | | |
| Thuis  Verpleeghuis  Ziekenhuis  Hospice  Anders, namelijk | O ja O nee  O ja O nee  O ja O nee  O ja O nee | |
| **Verandert u van mening? Bespreek dit dan met uw arts of zorgverlener.**  **U kunt dit te allen tijde doen.** | | |
| Naam (cliënt):  Handtekening:  Telefoonnummer: | Naam (gevolmachtigde persoon):  Handtekening:  Telefoonnummer: | |
| **Afspraken vastgelegd met:**  Naam:  O Huisarts  O andere arts, namelijk: | Telefoonnummer: | |
| **Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geeft u toestemming om**  **betrokken artsen en zorgverleners te informeren over uw behandelwensen.** | | |