**Proactieve zorgplanning**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persoonlijke gegevens** | | **Indien van toepassing gegevens wettelijke vertegenwoordiger/ gevolmachtigde** | |
| Naam |  | Naam |  |
| Geboortedatum |  | Soort relatie |  |
| Adres |  | Adres |  |
| Woonplaats |  | Woonplaats |  |
| Telefoon |  | Telefoon |  |

Gevoerd gesprek in bijzijn van:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam betrokken huisarts |  |

1. **Belangrijkste overeengekomen op dit moment**

Reanimatie   
⃝ Ja ⃝ Ja, maar met beperkingen …………………………………………………………………………………………. ⃝ Nee

Kunstmatige invasieve beademing  
⃝ Ja ⃝ Ja, maar met beperkingen …………………………………………………………………………………………. ⃝ Nee

Opname op de intensive care  
⃝ Ja ⃝ Ja, maar met beperkingen …………………………………………………………………………………………. ⃝ Nee

Opname in het ziekenhuis  
⃝ Ja ⃝ Ja, maar met beperkingen …………………………………………………………………………………………. ⃝ Nee

Behandeling met antibiotica  
⃝ Ja ⃝ Ja, maar met beperkingen ………………………………………………………………………………………….. ⃝ Nee

Toediening van een bloedproduct  
⃝ Ja ⃝ Ja, maar met beperkingen ………………………………………………………………………………………….... ⃝ Nee

Heeft patiënt een ICD? ⃝ Ja ⃝ Nee.   
Is er een afspraak gemaakt over het uitzetten van de ICD?

1. **Behandelwensen**

Wat mijn zorgverleners moeten weten om goede zorg te kunnen verlenen is:  
(specifieke wensen met betrekking tot uw zorg incl. culturele, religieuze, sociale, spirituele aspecten).

|  |
| --- |
|  |

Gewenste plek van overlijden:  
 ⃝ Thuis ⃝ Ziekenhuis ⃝ Verpleeghuis ⃝ Hospice   
  
Euthanasie standpunt:  
 ⃝ Heeft euthanasieverklaring  
 ⃝ Wenst geen euthanasie   
 ⃝ Nog geen verklaring, zou wel verzoek kunnen doen in bepaalde situaties  
  
Keuze orgaandonatie vast gelegd in dossier?  
 ⃝ Ja ⃝ Nee

Mijn informatie mag gedeeld worden met andere betrokken hulpverleners:   
 ⃝ Ja ⃝ Nee

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  
  
Ondertekening**

Handtekening: Datum: Plaats:

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Niet behandelverklaring**

|  |  |
| --- | --- |
| **Persoonlijke gegevens** | |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoon |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indien van toepassing gegevens wettelijke vertegenwoordiger/ gevolmachtigde** | |
| Naam |  |
| Soort relatie |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Telefoon |  |

Gevoerd gesprek in bijzijn van:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam betrokken huisarts |  |

**Belangrijkste overeenkomsten wanneer ik in een toestand kan komen te verkeren:**

* waarin ik uitzichtloos lijd of
* waarin geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat of
* van ernstige dementie of
* van onomkeerbare coma, die gezien de oorzaak, de duur ervan en mijn leeftijd, geen grond geen aan de verwachting dat ik kan terugkeren tot een voor mij volwaardige levensstaat of
* mijn verdergaande ontluistering te voorzien is en ik, door welke oorzaak dan ook, niet meer zelf kan beslissen over mijn medische behandelingen

**Dan** **verbied ik hierbij mijn behandelend arts(en) alle verdere levensverlengende medische behandeling met uitzondering van zuivere palliatieve bestrijding van ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust.**

**Ik wil dus niet meer:**

* Reanimatie
* Beademen
* Opereren
* Intraveneus bloed toedienen
* Kunstmatig toedienen van vocht en voeding
* Opname in het ziekenhuis

**Risicoaanvaarding**Deze wilsbeschikking blijft onverminderd van kracht, ongeacht de tijd die mocht zijn verstreken na de ondertekening ervan. Het is mij volkomen duidelijk, dat ik deze wilsbeschikking kan herroepen. Door deze wilsbeschikking te ondertekenen, aanvaard ik dus bewust de mogelijkheid dat een arts de verklaring volgt, waarover ik bij actueel bewustzijn misschien anders zou zijn gaan denken

**Herroepen van eerdere verklaringen**Door deze wilsbeschikking te ondertekenen, herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

**Weloverwogenheid**Ik heb deze verklaring zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben bij de ondertekening ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.

**Geldigheid van de wilsverklaring**  
Deze schriftelijke wilsbeschikking heeft rechtskracht (maar geen juridisch document) en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet erkende (basis van de wilsverklaring in de wet: Artikel 450 van Boek 7 Burgerlijk Wetboek) schriftelijke wilsverklaring van mij voor het geval dat ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie zoals bedoeld in deze verklaring.

Mijn informatie mag gedeeld worden met andere betrokken hulpverleners.  
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Akkoord op bovenstaande:  
 ⃝** Ja ⃝ Nee

**Ondertekening**

Handtekening: Datum: Plaats:

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------