

Informatie formulier betreffende wensen en beleidsafspraken rondom het levenseinde (ICPC A20)

Datum:	
Naam patiënt:	Eerst contactpersoon voor patiënt:
Geboortedatum:	Relatie:
Adres:	Telefoon:
Telefoon:	Gezinssamenstelling:
BSN:	Verzekering:
Geslacht:	Polisnummer:
Huisarts:	Apotheek
Telefoonnummer huisarts:	Telefoonnummer:

Reanimeren	JA / NEE
Levensverlengende behandelingen	JA / NEE
Waar wil de patiënt sterven?	
Wie vertegenwoordigt de patiënt als hij het zelf (niet) meer kan?	
Wensen met betrekking tot euthanasie	

Met ondertekening van dit informatieformulier, geef ik toestemming om betrokken artsen en zorgverleners in mijn woonomgeving of daar buiten te informeren over mijn behandelwensen.

Naam: _____ **1^e vertegenwoordiger:** _____

Handtekening: _____

Afspraken vastgelegd met: _____ **naam:** _____ **Paraaf voor gezien:** _____

Huisarts

Andere arts, namelijk.....

Informatieformulier in drievoud

Kopie 1: voor u zelf. Wanneer u zorg ontvangt wordt dit formulier opgeslagen in uw zorgdossier

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

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

Evaluatie informatieformulier

Evaluatie van uw behandelwensen gebeurt tenminste elk jaar. Bij wijzigingen zal er een nieuw informatieformulier ingevuld worden. Verandert uw mening dan kunt u ook tussentijds in gesprek met uw arts of zorgverlener.