

Het behandelwensengesprek

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

Bespreek uw wensen met uw familie en met uw (huis)arts. Dit heet een 'Behandelwensengesprek'. Hierin bespreekt u onder andere:

- Hoe u in het leven staat
- Of u weleens heeft nagedacht over welke behandelingen u wel of niet meer wilt ontvangen
- Of u thuis verzorgd wil worden en hoe u denkt over het wonen in een verpleeghuis.
- Of u gereanimeerd zou willen worden
- Of er iemand is die over behandelingen kan beslissen, wanneer u dit zelf niet meer kunt. Dit heet een volmacht.

De huisarts schrijft uw wensen in uw dossier.

Uw zorg- en behandelwensen opschrijven

U kunt uw wensen ook zelf opschrijven, eventueel met hulp. Er zijn verschillende verklaringen waarin u uw wensen kenbaar kunt maken. Deze verklaring(en) op papier kunt u aan uw huisarts geven. De huisarts voegt ze toe aan uw dossier en overlegt met u bij welke zorgverleners uw wensen ook bekend moeten zijn.

Van gedachten veranderd?

Het kan zijn dat u later van gedachten verandert of twijfelt aan uw beslissing. Het is goed om dit dan tegen uw familie en uw huisarts te zeggen. De huisarts kan dit makkelijk veranderen in uw dossier.

Meer informatie?

Bij uw huisarts kunt u informatie opvragen of uw verklaringen inzien. Via deze 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 te vullen door zorgverlener

Datum:

Naam:

Geboortedatum:

Contactpersoon (naam en telefoonnummer):

zWat moet ik als zorgverlener van u weten om u de best mogelijke zorg te kunnen bieden?

O Niets vastleggen: medisch beleid bij calamiteit bepalen i.o.m. cliënt/1e vertegenwoordiger

Behandelwensen

Reanimeren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Anders
Beademing	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Anders
Ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Anders
Intensieve behandeling als kans groot is dat autonomie verloren gaat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Anders
Wens t.a.v. permanente verpleeghuisopname?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Anders

Toelichting:

Verklaringen

NR verklaring	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Behandelverbod	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Wilsverklaring	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Euthanasieverklaring	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Volmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Gevolmachtigde / Wettelijk vertegenwoordiger

De volgende persoon beslist namens mij wanneer ik dat zelf niet kan:

Met ondertekening van dit behandelwensenformulier, geef ik toestemming om betrokken artsen en zorgverleners te informeren over mijn behandelwensen.

Naam (cliënt):

Naam (gevolmachtigde persoon):

Telefoonnummer:

Telefoonnummer:

Handtekening:

Handtekening:

Verandert u van mening? Bespreek dit dan met uw arts of zorgverlener.

U kunt dit ten allen tijde doen.

Afspraken vastgelegd met:

Paraaf voor gezien:

Naam:

Telefoonnummer:

Huisarts

andere arts, namelijk:

Behandelvebod

Naam:

Geboortedatum/ geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Na grondige afweging, uit vrije wil, in het bezit van mijn volle verstand en terdege over de consequenties van een behandelverbod geïnformeerd, verklaar ik het volgende:

1. De onderhavige verklaring is bestemd om dienst te doen in de situatie dat ik zelf niet meer mijn wensen op medisch gebied kan aangeven.
2. Wanneer ik door welke oorzaak dan ook in een toestand kom te verkeren waarin ik lichamelijk of geestelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijd dan wel waarin ik geen waardigheid en kwaliteit van leven meer ervaar, onthoud ik uitdrukkelijk toestemming voor elke levensverlengende medische handeling, zoals toediening van vocht en voedsel, medicijnen, reanimatie en sondevoeding, behalve die handelingen die fysieke en geestelijke ongemakken verlichten (palliatieve zorg) dan wel op palliatieve sedatie betrekking hebben.
3. 3. Facultatief geef ik in de bijlage van dit formulier bij wijze van voorbeeld een niet limitatieve opsomming van situaties waarvoor het behandelverbod is bedoeld en die mijn grenzen aangeven omtrent kwaliteit en waardigheid van leven.
4. Ik verzoek mijn gevolmachtigde(n) het ertoe te leiden dat het onderhavig behandelverbod door de betrokken medici wordt nageleefd en ik geef mijn gevolmachtigde(n) hierbij volmacht en toestemming om zo nodig in rechte binnen de grenzen van de wet de naleving van dit behandelverbod af te dwingen.

Datum:-.....-..... Handtekening:

Plaats:



Bijlage Behandelverbod

Naam:

Geboortedatum/ geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Hieronder voorbeeld(en) van situaties waarvoor het behandelverbod is bedoeld en die mijn grenzen aangeven omtrent kwaliteit en waardigheid van leven.

Datum:-.....-..... Handtekening:

Plaats:



Niet Reanimeren Verklaring

Wanneer ik in een situatie kom waarin ik gereanimeerd zou moeten worden met als doel mijn leven te verlengen dan onthoud ik iedere hulpverlener uitdrukkelijk toestemming hiervoor. Ik wil niet gereanimeerd worden. Deze wens heb ik besproken met mijn huisarts / specialist en mijn naasten.

Naam: _____

Voornamen: _____

Geboren: ____ - ____ - _____ te _____

Adres: _____

Deze verklaring heb ik opgemaakt in tweevoud op ____ - ____ - _____ te _____ . Een exemplaar is voor mijzelf en een exemplaar is voor in mijn dossier bij mijn huisarts / specialist.

Met de ondertekening van deze verklaring geef ik toestemming aan mijn (huis)arts om andere zorgverleners zoals huisartsen op de huisartsenpost, ambulancepersoneel, medisch specialisten, zorgverleners in verzorgingshuis / verpleeghuis en thuiszorg te informeren over mijn keuze niet gereanimeerd te willen worden.

Handtekening:

Naam:

Handtekening (huis)arts:

Naam:

