

Uniform vastleggen van Proactieve Zorgplanning

Naam:.....

Geboortedatum:.....

Datum:.....

1. Wilsbekwaamheid en wettelijke vertegenwoordiger

Naam 1^e contactpersoon:

Telefoonnummer:.....

Relatie met contactpersoon:.....

Is de eerste contactpersoon ook de wettelijk vertegenwoordiger? 0 JA 0 NEE

Zo Nee

Naam wettelijk vertegenwoordiger:.....

Telefoonnummer wettelijk vert.:.....

Relatie wettelijk vert. tot patiënt:

Bent u op dit moment wilsbekwaam m.b.t medische behandelbeslissingen?

0 JA 0 NEE

2. Behandelgrenzen:

Reanimeren: 0 JA 0 NEE 0 nog onbekend

Toelichting:.....

.....

Kunstmatige invasieve beademing :0 JA 0 NEE 0 Nog onbekend

Toelichting:.....

.....

Opname intensive care: 0 JA 0 NEE 0 Nog onbekend

Toelichting:.....

.....

Opname ziekenhuis: 0 JA 0 JA maar.. 0 NEE 0 Nog onbekend

Toelichting:.....

.....

Behandeling antibiotica: 0 JA 0 JA maar... 0 NEE 0 Nog onbekend

Toelichting:.....

.....

Toediening bloedproducten: 0 JA 0 JA maar... 0 NEE 0 Nog onbekend

Toelichting:.....

.....

Overige behandelgrenzen: 0 JA 0 NEE

Toelichting:.....

.....

Aanwezigheid ICD: 0 JA 0 NEE

3. Wensen

Wat zouden zorgverleners, volgens u, moeten weten om goede zorg te kunnen verlenen?

Heeft u specifieke wensen met betrekking tot zorg?

Denk aan culturele/religieuze/sociale/spirituele aspecten.

Toelichting:.....
.....

Gewenste plek overlijden:

☐ Thuis

☐ Ziekenhuis

☐ Verpleeghuis

☐ Hospice

☐ Andere locatie, namelijk

☐ Nog onbekend

Toelichting:.....

Standpunt palliatieve sedatie: ☐ JA ☐ JA maar... ☐ NEE ☐ Nog onbekend

Toelichting:.....
.....

Standpunt euthanasie: ☐ JA ☐ JA maar... ☐ NEE ☐ Nog onbekend

Toelichting:.....
.....

Keuze orgaandonatie vastgelegd in donorregister? ☐ JA ☐ Nee ☐ nog onbekend

Extra toelichting op deze vragenlijst:

.....
.....
.....
.....