**Behandelgrenzen en -wensen**

Naam……………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum……………………………………………………………………………………….

Adres/woonplaats……………………………………………………………………………………

BSN………………………………………………………………………………………………………….

Hierbij verklaar ik aan mijn kinderen, naasten en behandelend artsen het volgende:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Ik wil gereanimeerd worden. | ja | nee |
| 2. Ik wil kunstmatig beademd worden | ja | nee |
| 3. Ik wil in een acute situatie, dat eerst de ambulance (112) wordt gebeld.  | ja | nee |
| 4. Ik wil opgenomen worden in een ziekenhuis | ja | nee |

Graag bij iedere wens aangeven “ja” of “nee”

Ik begrijp dat ik in een situatie kan komen waarin ik anders ben gaan denken over mijn behandelwensen, maar waarop ik niet meer in staat ben om die wensen aan te passen. Ik aanvaard het risico dat dan uitgevoerd zal worden wat op schrift staat.

Als mijn belangenvertegenwoordiger/wettelijk vertegenwoordiger benoem ik:

Naam…………………………….

Geboortedatum……………………………

Adres…………………………………….

Relatie………………………….

Telefoonnummer:………………………………

Plaats en datum,

Ondertekening

*Met ondertekening van dit behandelgrenzen en -wensendocument geef ik toestemming aan mijn (huis)arts om de huisartsenpost en eventuele andere zorgverleners te informeren over mijn keuzes.*