**Formulier behandelbeleid**

Gegevens cliënt: Naam: Geboortedatum:

Adres:

Woonplaats:

Eerste contactpersoon:

Instructie bij invullen: Kies optie A, B **of** C en kruis de regels aan die voor u van toepassing zijn.

|  |  |
| --- | --- |
|  **A** | O Geen beperkingen in het medische beleid. Actief beleid. |
|  **B** | O Niet reanimeren; niet masseren, niet defibrilleren. O Geen kunstmatige beademing/ intubatie op IC. (In geval van verstikking wel direct ingrijpen)O Niet insturen naar ziekenhuis in levensbedreigende situaties of  achteruitgang algehele situatie.O Niet naar het ziekenhuis voor aanvullend onderzoek  (bv röntgen, scopie)O Geen kunstmatige toediening van vocht en voedsel  (sondevoeding)O Geen bloedtransfusies |
|  **C** | O Geen levensverlengende handelingen/ palliatief beleid.O Staak onnodige medicatie.O Ook alle handelingen genoemd onder optie B niet verrichten. |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening cliënt (of le contactpersoon indien cliënt wilsonbekwaam):

Datum:

Evaluatie Datum: