**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: