

## WILSVERKLARING MET HET BELEID VOOR DE BEHANDELING

Naam		
Geboortedatum		
BSN		
Adres		
Huisarts		
Datum en plaats		
Registratie LSP	Akkoord	Niet akkoord

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

Reanimatie? (Patiënt(e) wil indien van toepassing gereanimeerd worden)	Ja	Nee
Zo nodig nog bereid tot ziekenhuisopname?	Ja	Nee
Behandelen met antibiotica	Ja	Nee
Kunstmatig vocht/voeding toedienen ter overbrugging?	Ja	Nee
Kunstmatig vocht/voeding toedienen langdurig?	Ja	Nee
Kunstmatig beademen? (Patiënt(e) wil indien van toepassing beademd worden)	Ja	Nee
Bloedtransfusie	Ja	Nee
Zuurstof toediening	Ja	Nee
Pastor inschakelen voor bediening/begeleiding?	ja	Nee
Toelichting beleid/overige beleidsafspraken.....		

Met de ondertekening van deze wilsverklaring geef ik toestemming aan mijn huisarts om de huisartsenpost en eventuele andere zorgverleners, zoals de ambulancemedewerkers, te informeren over mijn keuzes. Ik draag zelf zorg voor een **jaarlijkse actualisatie** van deze verklaring.

Handtekening patiënt(e)	Handtekening vertegenwoordiger

### Evaluatie beleidsafspraken

Bij aanpassingen in het beleid dient altijd een nieuw document ingevuld te worden

Datum	Naam huisarts	Handtekening