

Beleid in acute situaties

Betreft:

Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Geboortedatum:	

Afspraak:

- | | |
|---|--|
| Reanimeren | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> niet besproken |
| Nog bereid tot ziekenhuisopname zo nodig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> niet besproken |
| Beademing / IC | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> niet besproken |
| Antibiotica bij levensbedreigende infecties | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> niet besproken |
| Bloed(producten)transfusie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> niet besproken |
| Sondevoeding | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> niet besproken |
| Wilsverklaring aanwezig | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |

Overige afspraken:

Besproken met:

- Patiënt
- Familie
- Anders, nl:

Toestemming om te delen met andere behandelaars (HAP/ZH):

- ja nee

Datum:

Handtekening arts

Handtekening patiënt/vertegenwoordiger
(voor gelezen)