

Behandelgrenzen bij dementie

huisartsenpraktijk
hoogeland

Naam patiënt: _____

Geboortedatum: _____

Behandelend arts: _____

Diagnose/stadium dementie: _____

Aanwezig bij gesprek:

☐ Patiënt ☐ Partner/naaste ☐ Wettelijk vertegenwoordiger ☐ Anders: _____

1. Besluitvorming en vertegenwoordiging

Wilsbekwaam voor deze behandelbeslissingen: ☐ ja ☐ nee ☐ deels/per beslissing beoordeeld

Wensen besproken met: ☐ patiënt ☐ vertegenwoordiger ☐ naaste(n)

Vertegenwoordiger (naam + relatie + telefoon): _____

2. Hoofddoel van de behandeling

☐ Levensverlengend behandelen, voor zover medisch zinvol

☐ Beperkt/ terughoudend behandelen; kwaliteit van leven staat voorop

☐ Primair comfortgericht/ palliatief behandelen

Toelichting _____

3. Concrete behandelwensen/ -grenzen

Onderwerp

Reanimatie bij circulatiestilstand

Ziekenhuisopname

IC-opname/invasieve beademing

Behandeling infectie/ antibiotica

Kunstmatige voeding/ sondevoeding

Kunstmatige vochttoediening/ infuus

Afspraak

☐ wel ☐ niet ☐ nog te bespreken

☐ wel ☐ niet ☐ alleen indien: _____

☐ wel ☐ niet ☐ nog te bespreken

☐ wel ☐ niet ☐ alleen comfort/per situatie beoordelen

☐ wel ☐ niet ☐ per situatie beoordelen

☐ wel ☐ niet ☐ per situatie beoordelen

4. Bij acute verslechtering

- Gewenst beleid: ☐ behandelen op huidige verblijfplaats indien mogelijk
- ☐ ziekenhuisbeoordeling toegestaan
- ☐ uitsluitend symptoomverlichting/comfortzorg

Belangrijke aanvullende afspraken (bijv pijn, benauwdheid, delier, infectie): _____

5. Ondertekening/ bevestiging gesprek

Arts: _____

Patiënt: _____

Vertegenwoordiger: _____

Datum: _____