

Verklaring arts bij aanvraag indicatie voor palliatieve terminale zorg

1. Gegevens patiënt

Naam _____

Voorletters _____

Meisjesnaam _____

Geboortedatum _____

Geslacht man vrouw

pc+Woonplaats _____

Ruimte voor sticker

2. Aanvraag voor:

- Terminale Zorg Thuis
- Zorg in een Hospice
- Palliatieve Terminale Unit in het verpleeghuis

3. Levensverwachting

- Korter dan 3 maanden

4. Instelling aan wie de zorg overgedragen wordt (indien bekend)

5. Opmerking

Naam behandelend arts: _____

Telefoonnummer: _____

Instelling: _____

Datum: _____

Handtekening behandelend arts

