

VERPLEEGKUNDIGE OVERDRACHT TERMINAAL HARTFALENPATIENT

NAAM:	GEBOORTEDATUM:
ADRES:	TEL.NR.:
WOONPLAATS:	POSTCODE:
VERZEKERING:	VERZ. NR.:
BSN:	CONTACTPERSOON:

BETROKKEN DISCIPLINES:	
HUISARTS:	OV. SPECIALISTEN:
CARDIOLOOG:	HARTFALEN VPK:
THUISZORG:	DIETIST:
FYSIO:	SPIRITUELE BEGELEIDING:

SOMATISCH:	BELEID:
NEVENDIAGNOSE:	
PROGNOSE KORTE/LANGE TERMIJN:	
REANIMEREN: J/N	ZIEKENHUISOPNAME: J/N
PM/ICD: J/N SOORT:	
AAN/UIT MAGNEET AANWEZIG: J/N	
ZUURSTOFTOEDIENING:	

MEDICATIE:	

SEDATIE/EUTHANASIEWENS:	WENSEN TAV STERVEN:

GESCHREVEN DOOR:

DATUM: