

Hoitotahtoni

(=Hoitoni toteuttamiseen liittyvät sitovat tahdonilmaukseni)

Henkilötietoni

Etunimet

Sukunimi

Sosiaaliturvatunnus

Hoitotahtoni

(Kirjaa halutessasi *lisätieto* kyseessä olevaan kohtaan)

Elvytyksessäni on huomioitava erityisesti <i>Lisätietona:</i>	<input type="checkbox"/>	Minua EI saa elvyttää	<input type="checkbox"/>
Haluan mahdollisimman voimakkaan kivunlievityksen.	<input type="checkbox"/>	Haluan kivunlievityksessäni huomioitavan erityisesti <i>Lisätietona:</i>	<input type="checkbox"/>
Haluan, että hengitysvajeeni vaikeutuessa, minulle aloitetaan ventilaattorihoito.	<input type="checkbox"/>	EN halua, että minulle aloitetaan ventilaattorihoito. Lääkityksen osalta on kuitenkin huolehdittava koko ajan, että vointini säilyy inhimillisenä.	<input type="checkbox"/>
Haluan, että minulle asennetaan PEG- ruokintaletku, jos en enää pysty itsenäisesti tai autettuna syömään ja nielemään.	<input type="checkbox"/>	EN halua, että minulle asennetaan PEG-ruokintaletku.	<input type="checkbox"/>
Haluan, että minulle annetaan suonensisäisesti nesteytystä, mikäli en itsenäisesti pysty nielemään.	<input type="checkbox"/>	EN halua suonensisäistä nesteytystä paitsi hetkellisen sairaanhoidollisen toimenpiteen yhteydessä.	<input type="checkbox"/>
Haluan osallistua lääketieteellisiin tutkimuksiin, joista on minulle tai muille vastaavassa tilanteessa oleville hyötyä.	<input type="checkbox"/>	EN halua osallistua lääketieteellisiin tutkimuksiin.	<input type="checkbox"/>

Minua koskevissa hoitoon ja esittämään hoitotahtoon liittyvissä asioissa on kommunikointi AINA ensisijaisesti pyrittävä tekemään minun kanssani. Kommunikoinnin apuvälineinä käytän:



Lihastautiliitto ry

Läntinen Pitkäkatu 35
20100 TURKU
Puh. 044 736 1030
lihastautiliitto@lihastautiliitto.fi

Hoitotahtoni

(=Hoitoni toteuttamiseen liittyvät sitovat tahdonilmaukseni)

<p>Minua koskevissa hoitoon liittyvissä asioissa voi tarvittaessa keskustella seuraavien henkilöiden kanssa. Edellä kirjaamiani asioita EI saa kuitenkaan muuttaa ilman suostumustani.</p>		
Nimi	Osoite	Puhelinnumero
Potilasasiakirjojani saa luovuttaa edellä mainituille henkilöille	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Lisäksi tahdon huomioitavan, että...		
Aika ja paikka	Allekirjoitus	
Todistamme, että _____, jonka henkilöllisyyden olemme tarkistaneet, on tänään täysin oikeustoimikelpoisena ja vapaasta tahdostaan ilmoittanut edellä kirjatun olevan hänen hoitotahtonsa.		
Allekirjoitus ja nimen selvennys	Allekirjoitus ja nimen selvennys	
Aika ja paikka	Aika ja paikka	



Lihastautiliitto ry

Läntinen Pitkäkatu 35
20100 TURKU
Puh. 044 736 1030
lihastautiliitto@lihastautiliitto.fi