

Föregripande livs- och vårdplan (ALCP)



Tre punkter som är viktiga att notera

1 - Detta dokument är en föregripande livs- och vårdplan, förvara den hemma eller hos en tredje part (släkting eller institution). Ange var den finns (ange dina kontaktuppgifter eller kontaktuppgifterna till den tredje part som innehar den).

2 - Du har möjlighet att när som helst ändra din plan (ALCP) för att bättre passa dig om dina önskemål ändras.

3 - Planen kommer endast att användas om du inte längre kan uttrycka dig.

Min administrativa information

Mitt namn och förnamn - H F

Mitt telefonnummer

Mitt personnummer

Institutioner och/eller kontaktpersoner (ange namn och telefonnummer) i

Institution(er) (vårdhem, sjukhus...)

Allmänläkare

Kontaktperson(er)

Ställföreträdande beslutsfattare (hälso- och sjukvård)

Utomrättsligt befullmäktigat ombud

Förvaltare

Förtroendeperson(er)

Min vårdplan

Övergripande projekt (vårdintensitet)

- Maximal skötsel (om kryss gå direkt till baksidan)
- Vanlig skötsel
- Komfort/palliativ vård
- Tidig förklaring om eutanasi undertecknad den

För vård skulle jag helst vara

- I mitt hem
- På min
- Institution på sjukhuset
- På en palliativ vårdenhet

Nekade terapier

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibioterapi | <input type="checkbox"/> Artificiell utfodring: | <input type="checkbox"/> Andningsstöd: |
| <input type="checkbox"/> Återfuktande perfusion | <input type="checkbox"/> Enteral (genom näsan) | <input type="checkbox"/> Syrgasbehandling |
| <input type="checkbox"/> Dialys | <input type="checkbox"/> Parenteral (intravenös) | <input type="checkbox"/> Noninvasiv ventilation (NIV) |
| <input type="checkbox"/> Palliativ sedering | <input type="checkbox"/> Gastrotomiundersökning (i magen) | <input type="checkbox"/> Intubation |
| <input type="checkbox"/> Medvetandeförändrande behandling | | |

Godkända typer av sjukhusvård

- Sjukhusvistelse **med** återupplivning
- Sjukhusvård **utan** återupplivning
- Exceptionell sjukhusvistelse (fraktur, ocklusion, etc.)

Kommentarer

Mina önskningar i livets slutskede

Under mina sista dagar föredrar jag - om möjligt - att vara i min vanliga boendemiljö: Ja Nej Ingen preferens

Jag skulle vilja ha hjälp (du kan välja flera)

- Psykologisk Filosofisk Religiös
 Andlig Annan Ingen

För min hjälp vill jag särskilt

För mig är det viktigaste

Mina andra önskemål

Mina önskningar efter min bortgång

Jag samtycker till att Ja Nej
donera mina organ: Ingen preferens

Jag donerar min kropp Ja Nej
till vetenskapen: Ingen preferens

Jag vill bli: Kremerad Begravd
 Ingen preferens

Jag har pacemaker: Ja Nej

Jag överlåter valet av min begravning till
mina nära och kära: Ja Nej

Efter att ha svarat «nej» på ovanstående fråga skulle
jag vilja att följande rit(er)/ritual(er) (ceremoni, spridning
av aska...) respekteras:

Uppgifter om den begravningsbyrå jag väljer

Jag har begravningsförsäkring: Ja Nej

Om ja:

Namn på företaget:

Mitt försäkringsnummer:

Mina övriga önskemål

Underskrift

Datum

Underskrift av min befullmäktigade
representant (om sådan har utsetts)

Hans/hennes relation till mig

Läkarens underskrift (fakultativ)