**R.M. Linders, *huisarts***

van Maerlantstraat 1

6824 KX Arnhem

tel. 026 4421613

***Behandelbeperking***

**Betreft patiënt**

**Datum 31-03-2020**

Bovengenoemde patiënt heeft het volgende besloten in geval van onderstaande situaties:

* Reanimeren ja / nee
* Opname in het ziekenhuis ja / nee
* Opname op de intensive care ja / nee
* Antibiotica bij infecties ja / nee
* Donor ja / nee

Opmerkingen:

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

**Ondertekend**

***Patiënt(e) of wettelijk vertegenwoordiger***  ***Huisarts***

Naam: Naam: R.M. Linders

Handtekening: Handtekening: