



Belangennetwe  
verstandelijk  
gehandicapten



nederlandse vereniging van artsen  
voor verstandelijk gehandicapten

## Medisch paspoort voor mensen met een beperking

Mijn naam is:

Ik heb de aandoening:

### Ik heb hierbij

- Spierzwakte:** matig / ernstig
- Hartafwijking:** matig / ernstig
- Longziekte:** matig / ernstig
- Nierziekte:** matig / ernstig

### Zelfstandigheid

wassen, aan- en uitkleden, eten en drinken doe ik zelfstandig

ik heb dagelijks hulp nodig bij wassen, aan- en uitkleden en/of eten en drinken.

De heb deze hulp nodig wegens:

- lichamelijke aandoening bv. spasticiteit of spierzwakte
- niet-lichamelijke oorzaak bv. autisme

### Ik functioneer op het verstandelijk niveau van een

- Volwassene**
- Kind van ongeveer..... jaar oud.** Benader mij a.u.b. op mijn niveau, op de manier waarop u een kind zou benaderen met dezelfde leeftijd

### Dagelijks leven

Ik ben  wel  niet dagelijks actief met  werk of dagbesteding  sport of beweging  hobby's

### Mobiliteit

Ik kan zonder hulp

minder dan 100 m  100 m-1 km  meer dan 1 km lopen

### Mijn kwaliteit van leven is normaal gesproken

zeer goed  goed  matig  niet goed

### Afspraken over reanimatie en IC opname

zijn in het verleden gemaakt met mijn vaste arts, genaamd:

zijn niet eerder gemaakt, maar mijn wettelijk vertegenwoordiger of ikzelf (indien wilsbekwaam), geef bij deze mijn wens aan:

- WEL**  **NIET** te worden gereanimeerd als dit nodig *en medisch zinvol* is
- WEL**  **NIET** op de IC te worden opgenomen als dit nodig *en medisch zinvol* is
- WEL**  **NIET** te worden beademd als dit nodig *en medisch zinvol* is

**Ik ben mij ervan bewust dat:** 1) reanimatie en beademing een langdurig revalidatietraject met zich meebrengen 2) de gemiddelde duur van IC opname door COVID-19 drie weken bedraagt 3) ik gedurende die tijd nauwelijks of geen bezoek zal kunnen ontvangen 4) vanwege COVID-19 de dokters en verpleegkundigen beschermende maskers en pakken dragen waardoor menselijk contact zeer beperkt is

Handtekening van de persoon met een beperking:

Indien van toepassing, handtekening wettelijk vertegenwoordiger:

Datum van ondertekening:

Datum van ondertekening:

**HUIDIGE MEDICATIE:**