

Päivämäärä

Minä	
Henkilötunnus	
Olen laatinut tämän hoitotahdon siltä varalta, etten itse kykenisi ilmaisemaan hoitoani koskevia toiveita.	
Hoitotahtoa tehdessäni minulla on seuraavat sairaudet, jotka toivon huomioitavan hoidossani:	

HOITOON LIITTYVÄT TOIVEENI:
Toiveet hoitopaikasta elämän loppuvaiheessa, esimerkiksi toive siitä, että hoito toteutuu siinä paikassa, jossa olen elänyt edeltävät kuukaudet (koti, hoivakoti tai vastaava hoitopaikka):
Elämänarvoni ja vakaumukseni, joita toivon kunnioitettavan kaikessa hoidossa ja hoivassa:
Muita hoitooni liittyviä toiveita (esim. huone, läheisten läsnäolo, koskettaminen, musiikki, ruokailu, peseytyminen, WC-toimet, ulkonäöstä huolehtiminen, vaatetus, ulkoilu, muut itselle tärkeät asiat).
Lisäksi toivon, että

TAHTONI MINUA HOIDETTAESSA	
Seuraavat rastitetut (X) kohdat ilmaisevat tahtoani (kaikkiin kohtiin ei tarvitse ottaa kantaa, jos asia ei kosketa sinua):	
<input type="checkbox"/>	Jos sairauden edetessä tai elämän loppuvaiheessa normaali syöminen ei onnistu, en halua, että ravitsemus toteutetaan keinotekoisesti.
<input type="checkbox"/>	En halua, että elämän loppuvaiheessa elintoimintojani jatketaan keinotekoisesti suonensisäisellä nesteytyksellä, ravitsemuksella tai antibioottihoidon avulla, ellei sillä oleteta olevan kokonaistilannetta parantava vaikutus
<input type="checkbox"/>	Kun elintoimintoni lakkaavat, mikä tarkoittaa verenkierron ja hengityksen pysähtymistä, en halua, että minulle aloitetaan painelupuhalluselvytystä, mikäli se lääketieteellisesti arvioiden johtaisi siihen, ettei minulla ole toimintakykyistä ja itsenäistä elämää elvytystapahtuman jälkeen.
Muuta sovittavaa:	
Sijaispäättäjän valtuuttaminen	
Olen keskustellut hoitotahdostani ja valtuutan seuraavan henkilön/henkilöt	
(nimi ja puhelinnumero ja asema hoitotahdon laatijan elämässä) tekemään puolestani hoitoani koskevat ratkaisut, kunnioittaen tätä hoitotahtoa tilanteessa, jossa en itse kykene ilmaisemaan kantaani hoitooni. Minua hoitava henkilöstö voi keskustella nimeämieni henkilöiden kanssa terveydentilastani ja hoitoani koskevista ratkaisuista tarpeellisessa laajuudessa.	
Paikka ja aika	
Allekirjoitus	
Nimen selvennys	
Hoitotahtoa laadittaessa läsnä olleet henkilöt (allekirjoitus ja nimen selvennys):	
Toimittakaa tämä lomake allekirjoitettuna hoitopaikkanne henkilökunnalle. Tieto hoitotahdosta kirjataan asiakas/potilastietojärjestelmään. Säilyttäkää alkuperäinen hoitotahtolomake itsellenne.	
Ohjeita hoitotahdon täyttämisestä löytyy: https://pshyvinvointialue.fi/hoitotahto	