

Medische wilsverklaring



Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Contactpersoon en telefoonnummer

1. Behandelwensen

In de behandelwensen legt u vast onder welke omstandigheden u weigert medische behandelingen te ondergaan in het geval u niet meer voor uzelf kunt spreken.

☐ Ik wil niet meer opgenomen worden in een ziekenhuis als ik in een uitzichtloze situatie verkeer, tenzij de situatie met zich meebrengt dat dat niet anders kan.

☐ Ik zie af van elke levensverlengende medische behandeling zoals het toedienen van voeding, vocht en medicijnen behalve als de behandeling klachten kan verminderen bijv. medicatie tegen pijn en misselijkheid.

☐ Ik verklaar dat ik wanneer ik uitzichtloos lijd en de dood nabij komt, palliatieve sedatie wil om de laatste fase draaglijker te maken.

Persoonlijke aanvulling over kwaliteit van leven en een waardig levenseinde:

-

2. Niet Reanimeren

In een verklaring niet-reanimeren legt u u vast dat u u niet meer gereanimeerd wilt worden in geval van een hartstilstand.

O Ik verklaar dat ik niet meer gereanimeerd wil worden.

3. Euthanasie

In een euthanasieverklaring legt u vast onder welke omstandigheden u zou willen dat de arts euthanasie bij u uitvoert. U geeft aan in welke situatie er in uw ogen sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos

O Ik verklaar dat wanneer ik door ziekte, ongeval of welke oorzaak dan ook in een lichamelijke of geestelijke toestand verkeer waaruit voor mij geen herstel of een waardig leven te verwachten is, ik wens dat er euthanasie op mij wordt toegepast.

Persoonlijke aanvulling over wat ik als uitzichtloos en ondraaglijk lijden beschouw:

-

Persoonlijke aanvulling omtrent de toestand van dementie waarin ik euthanasie wens:

-

4. Volmacht

U kunt in deze wilsverklaring ook aangeven wie uw vertegenwoordiger is. De vertegenwoordiger mag namen u met de arts in gesprek gaan over uw medische behandeling. En eventueel beslissingen nemen als u dit niet meer zelf kan.

O Ik wijs de volgende persoon/personen aan om, met inachtneming van mijn wensen (zoals opgenomen in deze wilsverklaring), als gevolmachtigde op te treden over het nemen van medische beslissingen. Deze gevolgmachtigdenverklaring zal in werking treden in situaties waarin ik zelf niet meer (voldoende) in staat ben om mijn wensen en beslissingen op medisch terrein op een heldere en samenhangende manier te uiten.

Gevolmachtigde 1

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Relatie (bijv. echtgenoot, dochter etc.)

Gevolmachtigde 2

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Relatie (bijv. echtgenoot, dochter etc.)

5. Geldigheid

Deze wilsverklaring kan op ieder moment door mij herroepen worden. Door deze wilsverklaring te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij soortgelijke ondertekende verklaringen.

Ik heb deze wilsverklaring zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben tijdens het ondertekenen ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogen. Ik heb mijn wensen besproken met mijn naasten en/of de gevolmachtigden

Plaats

Datum

Handtekening