

Behandelveverbod

Naam: _____

Adres:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, richt ik mij tot deze verklaring tot iedereen die bij mijn medische behandeling of verzorging betrokken zal zijn.

Mijn gevolmachtigde zal dit behandelverbod, zodra dit aan de orde is, onder de aandacht brengen van mijn behandelend arts.

1. Uitgangspunten:

Wanneer ik in een toestand kom te verkeren waarin ik uitzichtloos lijd, bijvoorbeeld doordat:

- er geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat,

En/of

- Mijn verdergaande ontluistering te voorzien is, wil ik geen medische behandeling meer.

2. Persoonlijke aanvulling: (niet verplicht)

Ter aanvulling geef ik hierbij een persoonlijke beschrijving van wat ik zie als uitzichtloos lijden.

[illegible]

3. Verbod medische behandeling:

Als ik in een toestand kom te verkeren van uitzichtloos lijden verbied ik hierbij mijn behandelend arts verdere medische behandeling met uitzondering van palliatieve bestrijding van ongemakken zoals pijn, jeuk, benauwdheid en onrust. Onder deze weigering van verdere medische behandeling zijn ook uitdrukkelijk begrepen alle levensverlengende medische handelingen, zoals reanimatie of kunstmatige toediening van vocht en voeding.

4. risicoaanvaarding

deze wilsverklaring blijft van kracht, ongeacht de tijd die is verstreken sinds de ondertekening ervan.

Het is mij volkomen duidelijk dat ik deze wilsverklaring op elk moment kan herroepen. Ik aanvaard bewust de mogelijkheid dat een arts, als ik op enig moment niet meer in staat zou zijn zelf mijn wil kenbaar te maken, gehoor geeft aan dit behandelverbod, ook als ik daar bij actueel bewustzijn anders over zou zijn gaan denken.

5. Geldigheid van de wilsverklaring

Deze wilsverklaring heeft rechtskracht en geldt uitdrukkelijk als er een geldige en door de wet erkende schriftelijke verklaring van mij voor het geval ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie zoals bedoel in deze verklaring.

6. Ondertekening

Ik heb deze wilsverklaring zorgvuldig overwogen, ik heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben op het moment van ondertekening in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogen. Door dit behandelverbod te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Euthanasieverzoek

Naam:

Adres:

Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

Voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, richt ik mij tot deze verklaring tot iedereen die bij mijn medische behandeling of verzorging betrokken zal zijn.

Mijn gevolmachtigde zal dit behandelverbod, zodra dit aan de orde is, onder de aandacht brengen van mijn behandelend arts.

1. Uitgangspunten

Wanneer ik in een toestand kom te verkeren waarin ik uitzichtloos en ondragelijk lijd, bijvoorbeeld doordat:

- Er geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat, en/of
- Mijn verdergaande ontluistering te voorzien is, wil ik dat mijn arts mij de middelen toedient of verstrekt om mijn leven te beëindigen.

2. Persoonlijke aanvulling: (niet verplicht)

Ter aanvulling geef ik hierbij een persoonlijke beschrijving van wat ik zie als uitzichtloos lijden.

[illegible]

3. Verzoek tot euthanasie

Als ik kom te verkeren in een toestand van uitzichtloos en ondraaglijk lijden verzoek ik mijn arts uitdrukkelijk mij de middelen toe te dienen of te verstrekken om mijn leven te beëindigen.

4. risicoaanvaarding

deze wilsverklaring blijft van kracht, ongeacht de tijd die is verstreken sinds de ondertekening ervan.

Het is mij volkomen duidelijk dat ik deze wilsverklaring op elk moment kan herroepen. Ik aanvaard bewust de mogelijkheid dat een arts, als ik op enig moment niet meer in staat zou zijn zelf mijn wil kenbaar te maken, gehoor geeft aan dit behandelverbod, ook als ik daar bij actueel bewustzijn anders over zou zijn gaan denken.

5. Geldigheid van de wilsverklaring

Deze wilsverklaring heeft rechtskracht en geldt uitdrukkelijk als er een geldige en door de wet erkende schriftelijke verklaring van mij voor het geval ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie zoals bedoel in deze verklaring.

6. Ondertekening

Ik heb deze wilsverklaring zorgvuldig overwogen, ik heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben op het moment van ondertekening in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogen. Door dit euthanasieverzoek te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Aanvulling euthanasieverzoek (dementie)

Hieronder beschrijf ik specifiek de toestand van dementie waarin in euthanasie wil:

[illegible]

7. ondertekening

Ik heb deze wens tot euthanasie bij dementie zorgvuldig overwogen, ik heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben op het moment van ondertekening in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.

Datum:

Plaats: _____

Handtekening: _____

Volmacht

Inzake medische besluitvorming en beslissingen

Naam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

1. Uitgangspunten:

op het moment dat ik dat zelf niet meer kan, wil ik dat mijn belangen op medisch gebied volledig behartigd worden door mijn gevolmachtigde

2. Gevolmachtigde

ik wijs aan als mijn gevolmachtigde inzake medische besluitvorming en beslissingen:

Naam: _____

Straat: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

3. Plaatsvervangend gevolmachtigde (niet verplicht)

ik wijs aan als mijn plaatsvervangend gevolmachtigde inzake medische besluitvorming en beslissingen:

Naam: _____

Straat: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Geboortedatum: _____ Geboorteplaats: _____

4. Taak gevolmachtigde

Mijn gevolmachtigde zal, wanneer ik dat zelf niet meer kan, mijn belangen op medisch gebied volledig behartigen en daarbij streven naar verwezenlijking van de door mij ingevulde en ondertekende wilsverklaringen.

In dat verband zal mijn gevolmachtigde mijn wilsverklaringen onder de aandacht brengen van mijn behandelend arts en ervoor zorg dragen dat deze door mijn arts serieus zullen worden beoordeeld en zo mogelijk ingewilligd. Ook zal mijn gevolmachtigde ervoor zorg dragen dat het in de wilsverklaringen opgenomen behandelverbod zal worden gerespecteerd.

5. Opheffing geheimhoudingsplicht

Ik geef mijn behandelend arts en/of andere medische hulpverleners uitdrukkelijk toestemming om aan mijn (plaatsvervangd) gevolmachtigde medische inlichtingen te geven, tevens inzage in of een afschrift van mijn medische gegevens of mijn medisch dossier (ook na overlijden)

6. Naleving van de volmacht

Wanneer het in mijn wilsverklaring opgenomen behandelverbod zonder goede reden niet wordt nageleefd, verzoek ik mijn gevolmachtigde te bewerkstelligen, zo nodig met juridische middelen, dat dit behandelverbod wordt geëerbiedigd en nageleefd, en verleen ik hem/haar daartoe uitdrukkelijk en onherroepelijk volmacht.

7. Geldigheid van de volmacht

Deze volmacht heeft rechtskracht en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet erkende schriftelijke verklaring van mij voor het geval ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie.

8. Ondertekening

Ik heb deze wilsverklaring zorgvuldig overwogen, ik heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben op het moment van ondertekening in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogen. Door deze volmacht te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____