



**HUISARTSENPRAKTIJK
EIKSTRAAT**

BEHANDELVERBOD

Ik,.....

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

Wanneer ik in een toestand kom te verkeren

- waarin ik uitzichtloos lijd

of

- waarin geen redelijk uitzicht meer bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat

of

- mijn verdere ontluistering te voorzien is

en ik, door welke oorzaak dan ook, niet meer zelf kan beslissen over mijn medische behandelingen, verbied ik hierbij aan mijn behandelend arts(en) alle verdere medische behandeling met uitzondering van zuiver palliatieve bestrijding van alle ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust. Onder deze weigering van alle verdere medische behandeling zijn ook uitdrukkelijk begrepen alle levensverlengende medische handelingen, zoals reanimatie of kunstmatige toediening van vocht en/of voeding.

Voor alle duidelijkheid geef ik hierbij aan dat ik onder de hiervoor genoemde toestand uitdrukkelijk ook versta een toestand van ernstige dementie of van onomkeerbaar coma, die –gezien de oorzaak, duur ervan en mijn leeftijd- geen grond geeft aan de verwachting dat ik kan terugkeren tot een voor mijn waardige levensstaat.



**HUISARTSENPRAKTIJK
EIKSTRAAT**

CLAUSULE DEMENTIE

Behorend bij het behandelverbod

Naam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Wanneer ik kom te verkeren in een toestand, waarin ik

- hulp nodig heb bij alledaagse dingen
- niet meer kan communiceren
- verander van persoon (karakter)
- steeds verder zal ontluisteren (incontinent, lastig, agressief)
- niet meer mijn naasten herken
- geen grip meer heb op mijn denken en handelen, zoals lezen of schilderen, tuinieren of timmeren
-
-
-

(U mag doorhalen wat voor u niet van toepassing is of aanvulling geven)

en er geen redelijk uitzicht meer is op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat

of

mijn verdergaande ontluistering te voorzien is, en ik niet meer zelf kan beslissen over mijn medische behandelingen, verbied ik hierbij aan mijn behandelend arts(en) alle verdere medische behandeling met uitzondering van zuiver palliatieve bestrijding van ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust. Onder deze weigering van alle verdere medische behandeling zijn ook uitdrukkelijk begrepen alle levensverlengende medische handelingen, zoals reanimatie of kunstmatige toediening van vocht en voedsel.

Ondertekening

Datum:

Plaats:

Handtekening:



**HUISARTSENPRAKTIJK
EIKSTRAAT**

CLAUSULE VOLTOOID LEVEN

Behorend bij het behandelverbod

Ik,

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

Na grondige overweging beschouw ik mijn leven zover gevorderd, dat ik alle mogelijkheden om op een natuurlijke wijze te sterven, wil aangrijpen. Dat betekent dat, wanneer ik in een situatie kom die zonder behandeling op afzienbare termijn kan leiden tot mijn dood, maar die bij behandeling wel kans zou bieden op herstel, zelfs weer tot een voor mij waardige levensstaat, ik toch elke behandeling weiger en de kans om rustig te sterven wil aangrijpen. Daarom verbied ik hierbij aan mijn behandelend arts(en) alle verdere medische behandeling met uitzondering van zuiver palliatieve bestrijding van ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust. Onder deze weigering van alle verdere medische behandelingen zijn ook uitdrukkelijk begrepen alle levensverlengende medische handelingen, zoals reanimatie of kunstmatige toediening van vocht en voeding.

Weloverwogenheid

Ik heb deze clausule zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben bij de ondertekening ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens. Ik teken uit vrije wil.

Geldigheid van de wilsverklaring

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

Ondertekening

Ik heb de tekst hierboven met betrekking tot de clausule voltooid leven en de toelichting bij het behandelverbod goed gelezen. Ik beschouw mijn leven als afgerond en wil iedere kans om waardig te sterven aangrijpen. Hierbij herroep ik tevens eerder ondertekende behandelverboden.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Basis van het behandelverbod in de wet: Artikel 450 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek



**HUISARTSENPRAKTIJK
EIKSTRAAT**

Wilsverklaring tot niet reanimeren

Hierbij verklaar ik, dat ik niet gereanimeerd wil worden in geval van een hartstilstand.

Naam:

Voornamen:

Geboortedatum:

BSN:.....

Adres:.....

.....

(Huis)arts:.....

Datum: te:

Met de ondertekening van deze wilsverklaring geef ik toestemming aan mijn (huis)arts om de huisartsenpost en eventuele andere zorgverleners* te informeren over mijn keuze om niet gereanimeerd te willen worden.

Handtekening:

*Informatie over een wilsverklaring tot niet-reanimeren wordt doorgegeven als iemand wordt vervoerd per ambulance of opgenomen wordt in een ziekenhuis of in een verzorgingshuis of verpleeghuis gaat wonen.



**HUISARTSENPRAKTIJK
EIKSTRAAT**

EUTHANASIEVERKLARING

Afgegeven door:

geboren:-.....-.....

wonende:.....te

Met deze verklaring richt ik mij tot mijn behandelend arts(en).

Uitgangspunten:

Als ik in een toestand kom die gepaard gaat met ondraaglijk lijden en die geen uitzicht meer biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat ondanks alle pogingen van mijn artsen om mijn lijden te verlichten, wil ik niet verder leven.

Situaties waarin ik niet verder wil leven:

Onder een toestand die gepaard gaat met ondraaglijk lijden en die geen uitzicht biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat versta ik in ieder geval:

een leven aan beademingsapparatuur;

het eindstadium van een kwaadaardige ziekte of een ernstige chronische ziekte als geen zinvolle behandeling meer mogelijk is en als die ziekte daardoor gepaard gaat met ondraaglijk lijden als ernstige pijn, kortademigheid of invaliditeit die leidt tot volledige afhankelijkheid van anderen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen als eten, drinken, toiletgang en aan- en uitkleden.

Verzoek om hulp om te kunnen sterven:

Als ik in een als hierboven beschreven toestand ben gekomen,

verkies en aanvaard ik het levenseinde uit vrije wil en verzoek ik mijn behandelend arts dringend mijn stervenswens te vervullen, door mij onder zijn of haar begeleiding middelen toe te dienen die leiden tot een milde dood.

besef en accepteer ik, dat ik kort voor het moment dat de uitvoering gaat plaats vinden, nog een expliciet verzoek zal moeten doen om mijn wens om te sterven te bekrachtigen, door deze verklaring opnieuw met een actuelere datum te ondertekenen.

wens ik, indien mijn behandelend arts desgevraagd niet aan mijn stervenswens wil of kan voldoen, een ander behandelend arts die daar wel toe bereid is.

vervolg euthanasieverklaring afgegeven door:.....

geboren:.....-.....-.....

Ik besef en accepteer dat, indien ik zonder al te veel ongemakken in een bewusteloze toestand raak door een onherstelbaar coma of door een permanente vegetatieve toestand, er geen sprake is van ondraaglijk lijden en dat er in deze toestand van wilsonbekwaamheid geen euthanasie meer kan plaats vinden.

Het is mijn bedoeling dat deze verklaring van kracht blijft ongeacht het tijdsverloop sinds de ondertekening, tenzij deze verklaring op een latere datum is gewijzigd of herroepen door mijzelf of een gevolmachtigde. Als aan mijn verzoek is voldaan, zal de overheid een onderzoek naar mijn levenseinde instellen. Ik onthef mijn behandelend arts van zijn of haar geheimhoudingsplicht met betrekking tot mijn medische gegevens. Ik verzoek hem of haar dan de voor dat onderzoek noodzakelijke gegevens te verschaffen.

Een exemplaar van deze verklaring deponeer ik bij mijn huisarts en/of bij een andere behandelend arts of medisch specialist en bij mijn gevolmachtigde.

Voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied minder goed kan weergeven wijs ik, voor het in mijn naam behartigen van mijn belangen en het namens mij zo nodig ondersteunen van deze verklaring, hieronder genoemd persoon als gevolmachtigde aan.:

Naam:

Adres:

Telefoon:

De gevolmachtigde is op de hoogte gebracht van mijn wensen op medisch gebied en ik geef hierbij mijn behandelend artsen toestemming aan mijn gevolmachtigde zo nodig medische inlichtingen over mij te verschaffen.

Over deze verklaring heb ik grondig nagedacht.

Handtekening:.....

Plaats:..... datum:-.....-.....

Bekrachtigd per datum:-.....-.....

Opnieuw getekend.....datum:.....-.....-.....