

**NIET** Behandelverklaring

| | |
|------------------------------|--|
| Persoonlijke gegevens | |
| Naam | |
| Adres | |
| Postcode en woonplaats | |
| Geboortedatum | |
| BSN-nummer | |

| | |
|--|--|
| Indien van toepassing gegevens vertegenwoordiger/gevolmachtigde | |
| Naam | |
| Soort relatie | |
| Postcode en woonplaats | |
| Telefoonnummer | |

Wanneer ik in een toestand kan komen te verkeren

-waarin ik uitzichtloos lijd of

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

-Wanneer ik door ziekte, ongeval of welke oorzaak ook in een lichamelijke en/of geestelijke toestand kom te verkeren, waaruit voor mij geen herstel tot waardige levensstaat te verwachten is en ik door welke oorzaak dan ook, niet meer zelf kan beslissen, wens ik dat mijn behandelend arts alle verdere medische behandelingen staakt, met uitzondering van bestrijden van ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust.

Onder deze weigering van alle medische behandeling zijn ook uitdrukkelijk inbegrepen alle levensverlengende medische handelingen, zoals:

| Handelingen | Niet uitvoeren | Wel uitvoeren (mits medisch zinvol) |
|---|----------------|-------------------------------------|
| Reanimatie | | |
| Beademen | | |
| Opereren | | |
| Bloedproducten toedienen | | |
| Antibiotica toedienen | | |
| Kunstmatige toediening van voeding en vocht | | |
| Opname in een ziekenhuis | | |

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, de duur ervan en mijn leeftijd, geen grond geeft aan de verwachting dat ik kan terugkeren tot een voor mij volwaardige levensstaat.

Risicoaanvaarding

Deze wilsbeschikking blijft onverminderd van kracht, ongeacht de tijd die mocht zijn verstreken na de ondertekening ervan. Het is mij volkomen duidelijk, dat ik deze wilsbeschikking kan herroepen. Door deze wilsbeschikking te ondertekenen, aanvaard ik dus bewust de mogelijkheid dat een arts de verklaring volgt, waarover ik bij actueel bewustzijn misschien anders zou gaan denken.

Herroepen van eerdere verklaringen

Door deze wilsbeschikking te ondertekenen, herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

Weloverwogenheid

Ik heb deze wilsverklaring zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben bij de ondertekening hiervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.

Geldigheid van de wilsverklaring

Deze schriftelijke wilsbeschikking heeft rechtskracht (maar geen juridisch document) en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet erkende (*basis van de wilsverklaring in de wet: Artikel 450 van Boek 7 Burgerlijk Wetboek*) schriftelijke wilsverklaring 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

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Deze verklaring is besproken met:

| |
|---|
| Huisartsenpraktijk Westpoort |
| M.R. Bruel/A.N.M. Jumelet-de Waal/M. van Rijn-Verburg |
| Borrendamme 10 |
| 4301 VD Zierikzee |
| Tel: 0111-413965 |