

Behandelvebod

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Wanneer ik in een toestand kom te verkeren waarin in ik uitzichtloos lijd of er geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een waardige levensstaat dan:

Wil ik geen onnodig levensverlengende handelingen als die ten kosten gaan van mijn kwaliteit van leven:

- Alle levensverlengende medische handelingen zoals reanimatie.
- Alle levensverlengende medische handelingen zoals beademing.
- Alle levensverlengende medische handelingen zoals (kunstmatige) toediening van vocht en voeding.
- Alle verdere medische behandeling met uitzondering van zuiver palliatieve bestrijding van ongemakken zoals pijn, benauwdheid, onrust of ander lijden.
- Geen ziekenhuisopname

Risicoaanvaarding

Dit behandelverbod blijft onverminderd van kracht, ongeacht de tijd die mocht zijn verstreken na de ondertekening ervan. Het is mij volkomen duidelijk dat ik dit behandelverbod kan herroepen. Door ondertekening aanvaard ik bewust de mogelijkheid dat een arts het verbod volgt.

Herroepen van eerdere verklaring(en)

Door dit behandelverbod te ondertekenen herroep ik alle eventueel eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

Deponering

Ik draag zelf zorg voor deponering van deze verklaring bij mijn huisarts, andere behandelende artsen indien aanwezig en bij mijn gevolmachtigde. De huisarts draagt zorg voor overdracht aan de huisartsenpost.

Persoonlijke aanvulling

Als ik zelf niet meer kan beslissen over mijn behandelingen, dan wil ik dat de zorgverleners rekening houden met de volgende wensen:

Ik heb wel / geen (doorstrepen wat niet van toepassing is) gevolmachtigde aangewezen. Indien wel: zie hiervoor het formulier machtiging.

Ondertekening

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

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____