

## Wils- en euthanasieverklaring

Ondergetekende:

Naam:

Adres:

Geboorteplaats en -datum:

verklaar na grondige overweging, uit vrije wil en in het bezit van mijn volle verstand het volgende:

Middels deze verklaring richt ik mij tot mijn behandelend arts(en) en huisarts

Mocht ik op enig moment niet in staat zijn tot een redelijke waardering van mijn belangen, terwijl ik noch onder curatele ben gesteld noch ten behoeve van mijn verzorging een mentor is benoemd, benoem ik tot gevolmachtigde:

**de heer mevrouw** \_\_\_\_\_,

om in mijn plaats beslissingen te nemen over het wel of niet instellen, beëindigen of voortzetten van een geneeskundige behandeling.

De gevolmachtigde dient te handelen in overeenstemming met hetgeen in deze verklaring is bepaald.

### **Palliatieve sedatie**

Het is mijn uitdrukkelijke wens dat, indien goede zorg en medicijnen geen effect meer hebben, mijn huisarts danwel mijn behandelend arts palliatieve sedatie zal toepassen.

Wanneer ik te eniger tijd kom te verkeren in een geestelijke of lichamelijke toestand die geen of nauwelijks enig uitzicht biedt op terugkeer tot een menswaardige levensstaat, geef ik als mijn uitdrukkelijke wens te kennen:

1. dat op mij geen levensverlengende technieken worden toegepast en men mij laat sterven onder voortzetting van verzachtende behandelingen (palliatieve sedatie) en met een goede verzorging tot mijn dood;
2. dat, voor zover het volgen van de sub 1. geuite wens niet voldoende resultaat mocht hebben en er andere mogelijkheden bestaan, die het mij mogelijk maken op milde wijze te sterven, van die mogelijkheden gebruik wordt gemaakt.

Onder de hiervoor bedoelde geestelijke of lichamelijke toestand versta ik in ieder geval:

1. een toestand van ernstig en/of langdurig (terminaal) lijden;
2. een onomkeerbare coma;
3. het blijvend en (vrijwel) totaal verlies van mijn vermogen tot een geestelijke activiteit, tot communicatie en tot zelfredzaamheid.

## **Hospice**

Wanneer ik het niet meer wenselijk vind om thuis te verblijven en bovendien voor mijn echtgenoot/echtgenote/partner de zorg voor mij te zwaar wordt, is het mijn uitdrukkelijke wens te worden opgenomen in een hospice (naam en adres hospice:

\_\_\_\_\_)

### 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 chronische ziekte als geen zinvolle behandeling meer mogelijk is en als die ziekte daardoor gepaard gaat met ondraaglijk lijden als ernstige pijn, kortademigheid, benauwdheid of invaliditeit die leidt tot volledige afhankelijkheid van anderen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen als eten, drinken, toiletgang, lichamelijke verzorging 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 plaatsvinden, 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;
- verzoek ik, voor het geval de mij behandelende arts niet aan mijn verzoek kan of wil voldoen, deze de behandeling onverwijld over te dragen aan een andere arts die daaraan wel kan of wil voldoen.

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.

Indien ik in deze toestand kom te verkeren, heeft mijn gevolmachtigde toestemming om beslissingen te nemen.

## **Niet reanimeren**

Ik verbied iedereen, onder alle omstandigheden, elke vorm van reanimatie op mij toe te passen en ik geef toestemming aan mijn (huis)arts om de huisartsenpost en eventuele andere zorgverleners te informeren over mijn keuze om **niet gereanimeerd** te willen worden.

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 door mijn gevolmachtigde.

Wanneer 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 genoemde persoon als gevolmachtigde aan.

### **Ik wijs aan als mijn gevolmachtigde:**

Naam: \_\_\_\_\_  
geboren te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_  
wonende te \_\_\_\_\_  
telefoonnummer(s): \_\_\_\_\_

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

Getekend te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Bekrachtigd per datum:

Opnieuw getekend:

datum: