

## Niet Behandelverklaring (*wilsverklaring*)

<i>(eventueel foto)</i>	Persoonlijke gegevens	
	Naam	
	Voorletters	
	Adres	
	Woonplaats	
	Telefoon	
	Geboortedatum	
	BSN nummer	
Gegevens huisarts		
Naam		
Woonplaats		
Telefoon		

### 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 mijn verdergaande ontluistering te voorzien is
- en ik, door welke oorzaak dan ook, niet meer zelf kan beslissen over mijn medische behandelingen,

verbied ik hierbij mijn behandelend arts(en) alle verdere medische behandeling met uitzondering van zuivere palliatieve bestrijding van ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust.

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

Handelingen	Niet uitvoeren	Wel uitvoeren (mits medisch zinvol)
Reanimeren (in geval van een hartstilstand)		
Opname in een ziekenhuis		
Beademen (opname Intensive Care)		
Opereren		
Bloedproducten (transfusies)		
Antibiotica bij een infectie		
Kunstmatig toediening van voeding en vocht		

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 zijn gaan denken.

### **Herroepen van eerdere verklaringen**

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

**Wat iedere zorgverlener over mij zou moeten weten;** (dit kunt u invullen; niet noodzakelijk)

--

### **Weloverwogenheid**

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

### **Geldigheid van de wilsverklaring**

Deze schriftelijke wilsbeschikking heeft rechtskracht (maar is geen juridisch document) en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet<sup>1</sup> erkende 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.

Ik geef mijn huisarts toestemming om deze verklaring door te geven aan de huisartsenpost.

### **Ondertekening**

Datum:	Plaats:
Handtekening:	

### **Indien van toepassing gegevens belangenvertegenwoordiger/gevolmachtigde**

---

<sup>1</sup> Basis van de wilsverklaring in de wet: Artikel 450 van Boek 7 Burgerlijk Wetboek