

Behandelvebod

Naam:

Geboortedatum/ geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Na grondige afweging, uit vrije wil, in het bezit van mijn volle verstand en terdege over de consequenties van een behandelverbod geïnformeerd, verklaar ik het volgende:

1. De onderhavige verklaring is bestemd om dienst te doen in de situatie dat ik zelf niet meer mijn wensen op medisch gebied kan aangeven.
2. Wanneer ik door welke oorzaak dan ook in een toestand kom te verkeren waarin ik lichamelijk of geestelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijd dan wel waarin ik geen waardigheid en kwaliteit van leven meer ervaar, onthoud ik uitdrukkelijk toestemming voor elke levensverlengende medische handeling, zoals toediening van vocht en voedsel, medicijnen, reanimatie en sondevoeding, behalve die handelingen die fysieke en geestelijke ongemakken verlichten (palliatieve zorg) dan wel op palliatieve sedatie betrekking hebben.
3. 3. Facultatief geef ik in de bijlage van dit formulier bij wijze van voorbeeld een niet limitatieve opsomming van situaties waarvoor het behandelverbod is bedoeld en die mijn grenzen aangeven omtrent kwaliteit en waardigheid van leven.
4. Ik verzoek mijn gevolmachtigde(n) het ertoe te leiden dat het onderhavig behandelverbod door de betrokken medici wordt nageleefd en ik geef mijn gevolmachtigde(n) hierbij volmacht en toestemming om zo nodig in rechte binnen de grenzen van de wet de naleving van dit behandelverbod af te dwingen.

Datum:-.....-..... Handtekening:

Plaats:



Bijlage Behandelverbod

Naam:

Geboortedatum/ geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Hieronder voorbeeld(en) van situaties waarvoor het behandelverbod is bedoeld en die mijn grenzen aangeven omtrent kwaliteit en waardigheid van leven.

Datum:-.....-..... Handtekening:

Plaats:

