

Wilsverklaring behandelgrenzen

In dit document schrijft u op dat u niet behandeld wilt worden als u geen kwaliteit van leven meer zult hebben.

Naam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Uitgangspunt

Als ik geen kwaliteit van leven meer zal hebben mogen artsen mij niet meer behandelen. Dit geldt ook voor behandelingen om mij in leven te houden. Zoals een reanimatie of de toediening van vocht en voedsel via een infuus.

Uitzondering op het uitgangspunt

De arts moet er wel voor zorgen dat ik zo min mogelijk pijn heb. Ook wil ik dat hij/zij jeuk, benauwdheid, onrust en andere ongemakken bestrijdt.

Persoonlijke aanvulling

Schrijf hier op wat voor u kwaliteit van leven is. Daarbij ook wanneer u liever overlijdt dan behandeld wordt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Risicoaanvaarding

Deze wilsverklaring blijft geldig, ongeacht hoeveel tijd er is verstreken sinds de ondertekening. Ik ben me er volledig van bewust dat ik deze verklaring op elk moment kan herroepen. Door mijn handtekening te zetten, accepteer ik dat een arts deze verklaring kan opvolgen, ook als ik daar – mocht ik op dat moment bewust zijn – misschien anders over zou denken.

Herroepen van eerdere verklaringen

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

Weloverwogen

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 wilsverklaring heeft rechtskracht en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet 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.

Informatie naar huisartsenspoedpost

Vindt u het goed dat uw behandelwensen worden doorgegeven aan de Huisartsenspoedpost in Alkmaar:

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Ondertekening

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Bijlage

Vul dit samen in met uw arts. Welke behandeling wilt u nog?

Reanimatie (cardiopulmonaire resuscitatie)

☐ Ja

☐ Ja, maar met beperkingen, namelijk:

.....
.....

☐ Nee

☐ Weet ik niet

Opname in ziekenhuis

☐ Ja

☐ Ja, maar met beperkingen, namelijk:

.....
.....

☐ Nee

☐ Weet ik niet

Opname op intensive care

☐ Ja

☐ Ja, maar met beperkingen, namelijk:

.....
.....

☐ Nee

☐ Weet ik niet

Kunstmatige beademing

☐ Ja

☐ Ja, maar met beperkingen, namelijk:

.....
.....

☐ Nee

☐ Weet ik niet

Toediening van een bloedproduct

☐ Ja

☐ Ja, maar met beperkingen, namelijk:

.....
.....

☐ Nee

☐ Weet ik niet

Behandeling met antibiotica

☐ Ja

☐ Ja, maar met beperkingen, namelijk:

.....
.....

☐ Nee

☐ Weet ik niet