

VERBOD tot BEHANDELEN

Van _____

Geboren _____ te _____

Indien mijn toestand zodanig is dat er geen uitzicht meer is op een voor mij zinvol leven, wil ik geen verdere medische behandeling meer.

Onder een dergelijke toestand versta ik in elk geval,

- Een coma van langer dan 12 weken
- Een permanente toestand door aantasting van mijn geestelijke vermogens waardoor ik bijvoorbeeld
 - Niet meer weet wie ik ben en waar ik ben
 - Mijn dierbaren niet meer herken
 - Mijn vermogen tot communicatie ben kwijt geraakt
 - Opgesloten moet worden omdat ik anders ga zwerven

In de hierboven beschreven toestand weiger ik uitdrukkelijk ELKE medische behandeling en verrichting, behalve pijnbestrijding, bestrijding van benauwdheid en ander ongemak.

Ik wil geen kunstmatig toedienen van vocht en/of voeding als er geen medisch uitzicht op verbetering is.

Wanneer ik NIET meer in staat ben om mijn wensen op medisch gebied aan te geven richt ik mij met deze verklaring tot allen die bij mijn medische behandeling of verzorging betrokken zijn.

Mijn weigering blijft gehandhaafd, ook als dit de dood tot gevolg zal hebben!

Zo nodig zal mijn gevolmachtigde op mijn uitdrukkelijk verzoek juridische stappen ondernemen om zorg te dragen dat mijn wil in deze wordt nageleefd.

Een exemplaar van deze verklaring is gedeponereerd bij mijn huisarts en bij mijn gevolmachtigden in de volgorde van zeggenschap:

1/ _____

2/ _____

Deze verklaring is door mij opgesteld na uitgebreide informatie te hebben ingewonnen en hierover diep te hebben nagedacht.

Ik ben dan ook in staat tot een redelijke waardering van mijn belangen ter zake.

Plaats: _____ Datum: _____

Handtekening: _____