



## VERBOD tot BEHANDELEN

van \_\_\_\_\_

geboren \_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_

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 mij medische behandeling of verzorging betrokken zijn. Indien mijn toestand zodanig is dat er geen uitzicht meer is op een voor mij passende levensstaat, wil ik geen verdere behandeling meer. Onder een dergelijke toestand versta ik in elk geval,

- een coma van langer dan 12 weken.
- een permanente vegetatieve toestand door ernstige aantasting of steeds verdergaande afname van mijn geestelijke vermogens waardoor ik bijvoorbeeld
- niet meer weer 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.

Uitgesloten zullen zijn het opdringen van voeding en vocht welke ikzelf afwijs en het kunstmatig toedienen van vocht en voeding. Mijn schriftelijke weigering is gebaseerd op mijn rechten als omschreven in artikel 450 Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek. Mijn weigering blijft onverlet, ook als dit de dood ten gevolge zal hebben! Zonodig 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 volgorde van zeggenschap:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_



## EUTHANASIE VERKLARING

Naam: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_ Geb.plaats: \_\_\_\_\_

Met deze verklaring wend ik mij tot mijn behandelend arts.

Na een zorgvuldig en grondig overwegen geef ik te kennen NIET meer verder te willen leven in een toestand van ondraaglijk en uitzichtloos lijden en/of een ernstige aantasting van mijn geestelijke vermogens waardoor ikzelf niet meer kan beslissen over de wil om verder te leven.

Ik verzoek mijn behandelend arts dringend om in de hierboven beschreven levensomstandigheid mij middelen toe te dienen welke leiden tot een milde en spoedige dood.

Voor het geval de behandelend arts mijn stervenswens niet kan vervullen, verzoek ik hem om mij onverwijld door te verwijzen naar een medicus die hiertoe wel bereid is.

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Deze verklaring is door mij opgesteld na uitgebreide informatie te hebben ingewonnen en na zorgvuldig nadenken. Ik ben dan ook in staat tot een redelijke waardering van mijn belangen ter zake.

Plaats: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

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



## VOLMACHT

naam: \_\_\_\_\_

geb.datum: \_\_\_\_\_ geb.plaats: \_\_\_\_\_

Verklaart dat, indien ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven,

wijs ik aan als gevolmachtigde op dat gebied:

naam: \_\_\_\_\_

geboren \_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_

adres: \_\_\_\_\_

tel: \_\_\_\_\_

als plaatsvervangend gevolmachtigde:

naam: \_\_\_\_\_

geboren \_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_

adres: \_\_\_\_\_

tel: \_\_\_\_\_

als tweede plaatsvervangend gevolmachtigde:

naam: \_\_\_\_\_

geboren \_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_

adres: \_\_\_\_\_

tel: \_\_\_\_\_

De aanwijzing van genoemde personen heeft tot doel dat zij:  
in mijn plaats mijn belangen behartigen wanneer ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, zorg te dragen dat mijn behandelverbod wordt nageleefd en namens mij mijn euthanasie verklaring ondersteunen bij de mij behandelend arts indien ikzelf daartoe niet meer bij machte ben.

Plaats \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_