

Schriftelijke behandelverbod

Let op: In dit document schrijft u op dat u niet behandeld wilt worden als u geen kwaliteit van leven meer zult hebben. Dit document geldt als u zelf niet meer kunt zeggen dat u niet behandeld wilt worden.

Naam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

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 reanimatie of de toediening van vocht en voedsel via een infuus.

Uitzondering

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

Persoonlijke aanvulling

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

Ik accepteer dat de arts zich houdt aan dit behandelverbod als ik dat zelf niet meer kan bevestigen.

Ik weet dat ik deze verklaring altijd kan intrekken

Dat kan op papier of mondeling. Maar alleen als ik op dat moment nog beslissingen kan nemen.

Ik heb uitleg gekregen over deze verklaring

Ik begrijp wat de gevolgen kunnen zijn van deze wilsverklaring. En ik heb er goed over nagedacht.

Datum:

Plaats:

Handtekening:
