

GEEN BEHANDELVERKLARING - MIJN WENSEN VOOR ZORG IN DE TOEKOMST

Hierbij verklaar ik,

VOORLETTERS EN VOLLEDIGE NAAM:

GEBOORTEDATUM:

aan mijn kinderen, naasten en behandelend artsen het volgende:

Kleur het rondje zwart bij wat voor u geldt. Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- ☐ Ik wil geen behandelingen die mij zo lang mogelijk in leven houden.
- ☐ Ik wil niet dat in een noodsituatie 112 wordt gebeld.
- ☐ Ik wil niet gereanimeerd worden.
- ☐ Ik wil geen behandelingen die mijn leven verlengen als mijn kwaliteit van leven daardoor slecht wordt.
- ☐ Ik wil niet beademd worden.
- ☐ Ik wil niet kunstmatig gevoed worden via een sonde of katheter in mijn buik.

ANDERE WENSEN (VUL ZELF IN):

GEMACHTIGDE (NIET VERPLICHT)

U mag iemand aanwijzen die namens u beslissingen mag nemen als u dat zelf niet meer kunt. Als u een gemachtigde heeft, dan moet deze persoon ook dit formulier ondertekenen.

NAAM GEMACHTIGDE (VOORLETTERS EN VOLLEDIGE NAAM):

GEBOORTEDATUM GEMACHTIGDE:

HANDTEKENING PATIËNT:

HANDTEKENING GEMACHTIGDE: (INDIEN VAN TOEPASSING)

Een kopie van dit formulier gaat naar uw naaste of wettelijk vertegenwoordiger. Uw huisarts zorgt ervoor dat dit wordt gedeeld met de huisartsenpost en dat het in uw dossier komt te staan.

