

Misschien denkt u wel eens na over uw levenseinde, maar het is een onderwerp waar we doorgaans niet dagelijks bij stilstaan. Of praat u er met uw naasten over of met iemand anders. Als men op tijd met elkaar in gesprek gaat, dan is er nog genoeg tijd, rust en energie om na te denken en door te praten over uw wensen en behoeftes. Het vermindert eventuele angst en onzekerheid.

Uw huisarts of praktijkondersteuner kan samen met u uw wensen, vragen en ideeën bespreken en nagaan welke zorg bij u past en u daarin de passende begeleiding bieden. Dit geeft vertrouwen en kan zorgen en angsten doen verminderen. Deze informatie kan dan worden opgenomen in uw medisch dossier en dient met enige regelmaat herbesproken of opnieuw uitgesproken te worden.

Indien u hierover graag in gesprek wilt met een van de huisartsen of praktijkondersteuner, dan kunt u hiervoor een dubbele afspraak maken, zodat er ruim de tijd is om alles aan bod te laten komen. De huisarts, de praktijkverpleegkundige, maar ook de assistente, kan u hier van tevoren al aanvullende (schriftelijke) informatie over geven die u van tevoren wellicht al kunt bekijken, zodat u tijdens het gesprek al beter bent voorbereid. Zie hiervoor onderstaand.

U kunt hierbij denken aan de volgende punten:

- Wilsverklaring; wat wil ik wel en wat juist niet meer qua behandeling?
- Wie is mijn aanspreekpunt en neemt de beslissingen als ik daar zelf niet meer toe in staat bent? (vertegenwoordiger)
- Wel/niet reanimeren?
- Waar wil ik sterven?
- Palliatieve sedatie?
- Euthanasie verklaring?
- Wat vind ik ondraaglijk lijden?
- Donorschap?

Voor meer informatie kunt u gerust navraag doen bij uw huisarts, praktijkondersteuner en/of assistente.

Tevens zijn er diverse websites waaronder thuisarts.nl, de website van rijksoverheid en NVVE waar ook meer informatie en voorbeelden van dergelijke verklaringen staan.

Naam :

Geboortedatum :

BSN :

Deze wilsbeschikking is op eigen initiatief en uit vrije wil, zonder druk van derden tot stand gekomen.

Contactpersoon : Met wie kan contact opgenomen worden als ik niet bereikbaar ben

	Naam	Telefoon	Adres	Relatie (b.v. partner, kind)
1.				
2.				

Medische volmacht : Aanwijzen van de persoon die in mijn plaats mijn medische belangen behartigt, als ik dit zelf niet meer kan.

	Naam	Telefoon	Adres	Relatie (b.v. partner, kind)
1.				
2.				

1. Behandelgrenzen

- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1) Reanimatie | ☐ Ja | ☐ Nee |
| 2) Kunstmatige beademing | ☐ Ja | ☐ Nee |
| 3) Opname op intensive care | ☐ Ja | ☐ Nee |
| 4) Opname in ziekenhuis | ☐ Ja | ☐ Nee |
| 5) Toediening bloedproduct | ☐ Ja | ☐ Nee |
| 6) Overige behandelgrenzen | ☐ Ja | ☐ Nee |

Eventuele toelichting:

2. Doelen van behandeling

Bij uitzichtloos en ondragelijk lijden, zoals een zwaar zorg afhankelijk hersenbloeding/coma/ uitbehandelde kanker/ernstige dementie wens ik:

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| : Kunstmatige voeding/vocht | ☐ | ☐ |
| | Ja | Nee |
| : Symptoombestrijding en comfort (bestrijden van pijn, benauwdheid en ander ongemak) | ☐ | ☐ |
| | Ja | Nee |

Eventuele toelichting:

3. Behandelwensen

1. Gewenste plek van overlijden

☐	☐	☐	☐
Thuis	Ziekenhuis	Verpleeghuis	Hospice
2. Euthanasie standpunt bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden bij een ongeneeslijke ziekte en een onomkeerbaar ziekteproces.

☐	Voor euthanasie	☐	Tegen euthanasie
-----------------------	-----------------	-----------------------	------------------
3. Palliatieve sedatie (bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden, waarbij mijn levensverwachting twee weken of minder is en eventueel de symptomen moeilijk onder controle te krijgen zijn of euthanasie niet meer mogelijk is, wens ik

☐	Wel palliatieve sedatie	☐	Geen palliatieve sedatie
-----------------------	-------------------------	-----------------------	--------------------------
4. Wat zouden zorgverleners, volgens u, moeten weten om goede zorg te kunnen verlenen? (culturele/religieuze/sociale/spirituele aspecten)

Eventuele toelichting:

4. Orgaandonatie

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|
| ☐ | Ik sta geregistreerd als orgaandonor | ☐ | Ik sta NIET geregistreerd als orgaandonor |
|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|

Door het ondertekenen van dit document ga ik akkoord met het delen van deze behandelafspraken met andere betrokken hulpverleners zoals thuiszorg, huisartsenpost en andere zorginstellingen.

Algemene Uitgangspunten:

1. Voor het geval dat mijn behandelende arts aan mijn verzoek niet wil voldoen verzoek ik haar om mij door te verwijzen naar een collega die het wel wil.
2. Als aan mijn euthanasieverzoek is voldaan ontsla ik mijn arts van haar geheimhoudingsplicht met betrekking tot het onderzoek dat de overheid zal instellen.
3. Ik aanvaard het risico dat ik eventueel later deze beslissingen zou willen herroepen maar dan niet meer in staat ben dat te doen. Dat verkies ik boven het risico voort te moeten leven onder voor mij onaanvaardbare omstandigheden.
4. Ik herroep hierbij alle eerder opgestelde euthanasieverklaringen.

Opgesteld te :

Datum :

Naam :

Handtekening :

Eventuele partner :

Eventuele kinderen :

Huisarts :