

MEDISCH LEVENSTESTAMENT

Ondergetekende:

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

BSN: _____

verklaart bij helder bewustzijn en uit vrije wil het volgende:

1. ALGEMENE WILSVERKLARING

Wanneer ik door ziekte, ongeval of ouderdom in een toestand kom te verkeren waarin ik niet meer in staat ben mijn wil kenbaar te maken, en er naar redelijk medisch inzicht geen uitzicht is op herstel tot een voor mij zinvol en menswaardig bestaan, verzoek ik mijn behandelend arts om:

- a) Af te zien van alle handelingen die slechts tot doel hebben mijn sterven te vertragen;*
- b) Mij een behandeling te geven die uitsluitend gericht is op het verlichten van mijn lijden, ook als dit mijn levenseinde zou bespoedigen;*
- c) Mij in staat te stellen waardig te sterven.*

2. REANIMATIE

☐ *Ik wens NIET gereanimeerd te worden.*

☐ *Ik wens WEL gereanimeerd te worden, TENZIJ:*

- ☐ *De stilstand optreedt in het kader van een terminale ziekte*
- ☐ *Er geen redelijke kans is op herstel zonder ernstige hersenschade*
- ☐ *Ik mij reeds in een toestand bevind waarin ik mijn dierbaren niet meer herken*

3. KUNSTMATIGE VOEDING EN VOCHT

Ik wens geen kunstmatige toediening van voeding en vocht indien:

- ☐ *Ik in een onomkeerbaar coma verkeer langer dan ____ dagen*
- ☐ *Ik in een vergevorderd stadium van dementie verkeer*
- ☐ *Ik mij in de terminale fase van een ongeneeslijke ziekte bevind*

4. OVERIGE BEHANDELINGEN

In bovengenoemde situaties wens ik:

- ☐ *Geen antibiotica ter behandeling van infecties*
- ☐ *Geen bloedtransfusies*
- ☐ *Geen operatieve ingrepen (uitgezonderd pijnbestrijding)*

☐ *Geen ziekenhuisopname*

5. EUTHANASIE

Indien ik ondraaglijk en uitzichtloos lijd, verzoek ik mijn arts te onderzoeken of euthanasie mogelijk is.

Onder 'ondraaglijk lijden' versta ik:

6. GEMACHTIGDE

Als mijn eerste vertegenwoordiger wijs ik aan:

Naam: _____

Relatie: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Als mijn tweede vertegenwoordiger wijs ik aan:

Naam: _____

Relatie: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

7. ONDERTEKENING

Aldus naar waarheid ingevuld en ondertekend:

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

BELANGRIJK: *Bespreek dit document met uw huisarts en vraag of het in uw medisch dossier kan worden opgenomen. Geef een kopie aan uw gemachtigde. Bewaar het origineel op een plek die uw nabestaanden kennen.*