

MEDISCH LEVENSTESTAMENT

(Uitgifte via infodossier.nl)

Volledige voornamen:

Volledige achternaam:

Geboorteplaats en - datum:

1. MEDISCHE VERTEGENWOORDIGER

Kruis aan wat van toepassing is:

() Mijn eerste medische vertegenwoordiger is:

() Mijn plaatsvervanger als tweede is:

() Bij verschil van mening tussen naasten volgt de arts het standpunt van mijn aangewezen vertegenwoordiger.

Toelichting (optioneel):

.....

.....

2. ALGEMEEN UITGANGSPUNT VAN BEHANDELING

() Het hoofddoel van mijn behandeling is kwaliteit van leven; levensverlenging is daaraan ongeschikt.

() Zolang er reële kans is op herstel of stabiele kwaliteit van leven, mag de arts levensverlengende behandeling inzetten.

() Bij ernstige, blijvende achteruitgang (niet meer zelfstandig, nauwelijks communicatie) wil ik geen levensverlengende behandeling meer.

Toelichting (optioneel):

.....

.....

3. ZWARE EN LEVENSVRELLENDE BEHANDELINGEN

() Ik wil geen IC-behandeling en geen beademing meer, ook niet tijdelijk.

() Kunstmatige voeding en vocht (sonde of infuus) alleen bij een duidelijke, tijdelijke oorzaak en reële kans op herstel.

() Bij een ongeneeslijke, vergevorderde ziekte wil ik uitsluitend symptoomgerichte, niet-levensverlengende behandelingen.

Toelichting (optioneel):

.....

.....

4. REANIMATIE (HARTSTILSTAND)

() Ik wil niet gereanimeerd worden bij een hartstilstand (niet-reanimeren).

() Reanimatie is alleen gewenst zolang ik geen vergevorderde ongeneeslijke ziekte heb en nog redelijk zelfstandig functioneer.

() Als reanimatie alleen mogelijk is met daaropvolgende IC-behandeling, dan wil ik geen reanimatie.

Toelichting (optioneel):

.....

.....

5. BEHANDELBESLUIT / BEHANDELVEBOD

() Ik weiger IC-behandeling, beademing, dialyse en grote operaties die alleen levensverlenging tot doel hebben.

() Bij onomkeerbare coma, vergevorderde dementie of een terminale fase wil ik geen levensverlengende behandeling meer.

() Bij herhaalde ziekenhuisopnames met weinig kans op verbetering kies ik voor stoppen met levensverlengende behandelingen.

Toelichting (optioneel):

.....

.....

6. PIJNBESTRIJDING EN COMFORTZORG

() Maximale pijn- en symptoombestrijding is altijd toegestaan, ook als dit mijn leven mogelijk verkort.

() Geef pijnstilling zo dat mijn bewustzijn zo veel mogelijk behouden blijft, tenzij mijn lijden anders ondraaglijk is.

() In de stervensfase mag palliatieve sedatie worden toegepast als mijn klachten ondanks behandeling ondraaglijk blijven.

Toelichting (optioneel):

.....

.....

7. WENSEN BIJ DEMENTIE OF WILSONBEKWAAMHEID

() Bij gevorderde dementie (niet meer herkennen van naasten, volledig afhankelijk) wil ik alleen comfortzorg en geen levensverlengende behandeling.

() Bij wilsonbekwaamheid volgt de arts de beslissingen van mijn vertegenwoordiger binnen de lijn van dit medisch levenstestament.

() Bij ernstige gedragsproblemen door dementie mogen kalmerende middelen worden gebruikt, in zo laag mogelijke dosering.

Toelichting (optioneel):

.....

.....

8. EUTHANASIEWENS

() Ik heb een schriftelijk euthanasieverzoek opgesteld; ik vraag mijn arts dit te betrekken bij de beoordeling van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

() Ik sta open voor euthanasie bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden, maar beslis daarover op dat moment in gesprek met mijn arts.

() Ik wil geen euthanasie; ik kies voor een natuurlijke stervensfase met goede palliatieve zorg

Toelichting (optioneel):

.....

.....

9. DONOR- EN LICHAAMSDONATIE

() Mijn registratie in het Donorregister is leidend voor orgaan- en weefseldonatie.

() Ik ben geen orgaan- of weefseldonor en wens ook geen weefseldonatie.

() Ik heb mijn lichaam ter beschikking gesteld aan de wetenschap; volg de afspraken met instelling:

Toelichting (optioneel):

.....

.....

10. PRAKTISCHE AFSPRAKEN EN EVALUATIE

() Mijn huisarts en mijn medische vertegenwoordiger hebben altijd recht op volledige medische informatie.

() Mijn huisarts bewaart een kopie van dit medisch levenstestament; mijn vertegenwoordiger heeft ook een kopie.

() Ik wil mijn medische wensen minimaal elke twee jaar met mijn huisarts evalueren.

Toelichting (optioneel):

.....

.....

VERKLARING EN ONDERTEKENING

Met dit medisch levenstestament geef ik aan hoe ik nu denk over medische behandeling in de latere levensfase en dit heb ik in volle bewustzijn en vanuit mijn eigen overtuiging opgesteld. Ik verklaar verder ik de behandelend arts(en), het zorgverlenend personeel en de in dit document aangewezen gemachtigde(n) niet aansprakelijk zal houden voor de gevolgen van het te goeder trouw handelen overeenkomstig de in dit medisch levenstestament vastgelegde wensen, tenzij sprake is van opzet of bewuste roekeloosheid.

Plaats:

Datum:

Handtekening: