Euthanasieverklaring

(Pagina 1 van 2)

 Afgegeven door: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 geboren: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_

 wonende:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Met deze verklaring richt ik mij tot mijn behandelend arts(en).

Uitgangspunten:

Als ik in een toestand kom die gepaard gaat met ondraaglijk lijden en die geen

uitzicht meer biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat

ondanks alle pogingen van mijn artsen om mijn lijden te verlichten, wil ik niet verder

leven.

Situaties waarin ik niet verder wil leven:

Onder een toestand die gepaard gaat met ondraaglijk lijden en die geen uitzicht biedt

op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat versta ik in ieder

geval:

 . een leven aan beademingsapparatuur;

. het eindstadium van een kwaadaardige ziekte of een ernstige chronische

ziekte als geen zinvolle behandeling meer mogelijk is en als die ziekte

daardoor gepaard gaat met ondraaglijk lijden als ernstige pijn, kortademigheid

of invaliditeit die leidt tot volledige afhankelijkheid van anderen voor de

algemene dagelijkse levensverrichtingen als eten, drinken, toiletgang en aan-

en uitkleden.

Verzoek om hulp om te kunnen sterven:

Als ik in een als hierboven beschreven toestand ben gekomen,

. verkies en aanvaard ik het levenseinde uit vrije wil en verzoek ik mijn

behandelend arts dringend mijn stervenswens te vervullen, door mij onder zijn

of haar begeleiding middelen toe te dienen die leiden tot een milde dood.

. besef en accepteer ik, dat ik kort voor het moment dat de uitvoering gaat

plaats vinden, nog een expliciet verzoek zal moeten doen om mijn wens om te

sterven te bekrachtigen, door deze verklaring opnieuw met een actuelere

datum te ondertekenen.

. wens ik, indien mijn behandelend arts desgevraagd niet aan mijn

stervenswens wil of kan voldoen, een ander behandelend arts die daar wel toe

bereid is.

vervolg euthanasieverklaring afgegeven door:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(pagina 2 van 2)

 geboren:\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_

Ik besef en accepteer dat, indien ik zonder al te veel ongemakken in een

bewusteloze toestand raak door een onherstelbaar coma of door een permanente

vegetatieve toestand, er geen sprake is van ondraaglijk lijden en dat er in deze

toestand van wilsonbekwaamheid geen euthanasie meer kan plaats vinden.

Het is mijn bedoeling dat deze verklaring van kracht blijft ongeacht het tijdsverloop

sinds de ondertekening, tenzij deze verklaring op een latere datum is gewijzigd of

herroepen door mijzelf of een gevolmachtigde. Als aan mijn verzoek is voldaan, zal

de overheid een onderzoek naar mijn levenseinde instellen. Ik onthef mijn

behandelend arts van zijn of haar geheimhoudingsplicht met betrekking tot mijn

medische gegevens. Ik verzoek hem of haar dan de voor dat onderzoek

noodzakelijke gegevens te verschaffen.

Een exemplaar van deze verklaring deponeer ik bij mijn huisarts en/of bij een andere

behandelend arts of medisch specialist en bij mijn gevolmachtigde.

Voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied minder goed kan weergeven wijs

ik, voor het in mijn naam behartigen van mijn belangen en het namens mij zonodig

ondersteunen van deze verklaring, hieronder genoemd persoon als gevolmachtigde

aan.:

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De gevolmachtigde is op de hoogte gebracht van mijn wensen op medisch gebied en

ik geef hierbij mijn behandelend artsen toestemming aan mijn gevolmachtigde zo

nodig medische inlichtingen over mij te verschaffen.

 Over deze verklaring heb ik grondig nagedacht.

Handtekening:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

Bekrachtigd per datum: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

Opnieuw getekend\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_