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 op mij euthanasie toe te passen.
* 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, bijvoorbeeld door deze verklaring opnieuw met een actuele datum te ondertekenen.

Handtekening voor gezien: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Ik besef en accepteer dat, indien dementie de aanleiding tot mijn verzoek zal zijn, de arts alleen euthanasie toe kan passen als ik het verzoek tot daadwerkelijke uitvoering zal doen in een vroeg stadium van deze ziekte, waarbij ik nog volledig wilsbekwaam ben.

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. 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 zo nodig ondersteunen van deze verklaring, hieronder genoemd persoon als gevolmachtigde aan.:

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Telefoon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Over deze verklaring heb ik grondig nagedacht.

Plaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Datum: \_\_\_-\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

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

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

Plaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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