**Wilsverklaring (niet- behandelverklaring)**

Hierbij verklaar ik,
(voorletters en volledige naam) : ………………………………………………………………………………………………………….

geboren op (datum) : ……………………………………………

aan mijn familie, naasten en behandelend artsen, dat als ik niet meer in staat ben om zelf te beslissen over ingrijpende medische behandelingen rondom mijn levenseinde, het volgende:

* Ik wil wel/niet worden gereanimeerd
* Ik wil wel/niet dat in acute situaties 112 wordt gebeld. Indien niet dan zal eerst de huisarts of zijn/haar vervanger (huisartsenpost) mijn toestand moeten kunnen beoordelen
* Ik wil geen onnodig levensverlengende handelingen als die ten koste gaan van mijn kwaliteit van leven
* Ik wil wel/niet worden opgenomen op een intensieve care afdeling
* Ik wil wel/niet aan beademingsapparatuur gekoppeld worden
* Ik wil wel/niet kunstmatig worden gevoed middels een maagsonde of katheter via de buik
* Ik wil wel/geen infuus met vocht toegediend krijgen
* Ik wil wel/geen antibiotica via het infuus toegediend krijgen
* Ik wil wel/geen bloedproducten toegediend krijgen
* Ik wil wel/geen operaties ondergaan
* Ik wil wel/geen pijn medicatie toegediend krijgen
* Ik mag altijd mijn wens voor een actieve levensbeëindiging (euthanasie) ter sprake brengen
(de minimale tijdsduur om de wettelijke procedure zorgvuldig te volgen is ongeveer een week).

Persoonlijke aanvullingen (bijvoorbeeld welke handelingen of behandelingen ongewenst zijn):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Verdere documenten:

* Ik heb wel/geen euthanasieverklaring getekend
* Ik heb mijn uitvaartwensen wel/ niet vastgelegd
* Ik heb wel/niet in het online donorregister (<https://www.donorregister.nl/>) ingevuld of mijn lichaam ter beschikking van de wetenschap (ja/nee) gesteld mag worden en of mijn organen (ja/nee) gedoneerd mogen worden.

Als mijn belangenvertegenwoordiger/wettelijk vertegenwoordiger benoem ik:

(voorletters en volledige naam) : ……………………………………………………………………………………..…….

geboren op (datum) : …………………………………………………………

Bovenstaande is wel/niet besproken met mijn huisarts, dokter ……………………….. te ………………………………

 **Ondertekening**

Naam : …………………………………………………………………………………………………………………………….

Handtekening : ……………………………………………………………………. Datum: ……………………………………………