

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.

Situatie waarin ik niet verder wil leven

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

Persoonlijke aanvullingen:

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 plaats gaat vinden, nog een expliciet verzoek zal moeten doen om mijn wens om te sterven te bekrachtigen.
- Wens ik, indien mijn behandelend arts desgevraagd niet aan mijn stervenswens wil of kan voldoen, een andere behandelend arts die daar wel toe bereid is.

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 plaatsvinden.

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

1) Dit format is in juli 2025 vastgesteld door een afvaardiging van (kader)huisartsen HOOG en wordt in Apeldoorn/Zutphen e.o. gebruikt door betrokken huisartsen.

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.

Gevolmachtigde

Voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied minder goed kan weergeven wijs ik, voor het in mijn naam behartigen van belangen en het namens mij zo nodig 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.

Ondertekening

Datum

Plaats

Handtekening

Bekräftiging (opnieuw ondertekenen op een latere datum)

Door hieronder opnieuw te ondertekenen bevestig ik dat deze verklaring nog steeds mijn wens weergeeft.

Datum 1

Handtekening

Datum 2

Handtekening

Datum 3

Handtekening