

# Euthanasieverklaring

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

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

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

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

### **Wettelijke 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 zijn voor mij:**

(omschrijf in eigen bewoording de situaties die voor u gelden)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **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

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: \_\_\_\_\_ relatie \_\_\_\_\_

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 te verschaffen

Over deze verklaring heb ik grondig nagedacht

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

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

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

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