



Wilsverklaring behandelwensen¹

In deze wilsverklaring leg ik vast onder welke omstandigheden ik weiger bepaalde medische behandelingen te ondergaan. Ik heb mijn wensen ook besproken met mijn familie en mijn (huis)arts.

Naam (voorletters en achternaam):

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Telefoonnummer(s):

Huisarts:

Behandelwensen

Wanneer ik, door welke oorzaak dan ook, in een toestand kom te verkeren;

- Waarin ik uitzichtloos lijd of;
- Waarin mijn verdergaande ontluistering te voorzien is of;
- Waarin geen redelijk uitzicht bestaat op terugkeer naar een voor mij waardige levensstaat, en ik; door welke oorzaak dan ook, niet meer zelf kan beslissen over mijn medische behandelingen;
 - Onthoud ik uitdrukkelijk toestemming aan mijn behandelend arts(en) voor verdere medische behandeling met uitzondering van zuiver palliatieve bestrijding van ongemakken als pijn, jeuk, benauwdheid en onrust.
 - Onder deze weigering van alle verdere medische behandeling zijn ook uitdrukkelijk begrepen alle levensverlengende medische handelingen, zoals reanimatie of de kunstmatige toediening van vocht en voeding.

Voor alle duidelijkheid geef ik hierbij aan dat ik onder de hiervoor genoemde toestand uitdrukkelijk ook versta een toestand van ernstige dementie of van onomkeerbaar coma die, gezien de oorzaak, de duur ervan of mijn leeftijd, geen grond geeft aan de verwachting dat ik kan terugkeren tot een voor mij waardige levensstaat.

Risicoaanvaarding

Deze wilsverklaring blijft onverminderd van kracht, ongeacht de tijd die mocht zijn verstreken na de ondertekening ervan. Door deze behandelwensen te ondertekenen aanvaard ik dus bewust de mogelijkheid dat een arts dit volgt, waarover ik bij actueel bewustzijn misschien anders zou zijn gaan denken.

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.

Persoonlijke aanvulling

Deze ruimte is bedoeld om in uw eigen bewoording aan te vullen wanneer u geen behandeling meer wilt. U kunt beschrijven wat u belangrijk vindt. U kunt al deze informatie ook in een bijlage toevoegen. Het invullen van deze persoonlijke aanvulling is niet verplicht, maar uw huisarts hecht veel waarde aan deze persoonlijke informatie.

Weloverwogenheid en geldigheid van de wilsverklaring

Ik heb deze wilsverklaring zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben bij de ondertekening ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens. Ik teken uit vrije wil. Als ik later door welke oorzaak dan ook niet meer in staat ben mijn wil te bepalen over mijn medische situatie zoals bedoeld in deze wilsverklaring, wil ik graag dat de artsen handelen zoals vastgelegd in deze wilsverklaring. Door deze wilsverklaring te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen. Het is mij duidelijk dat ik deze wilsverklaring op ieder moment kan herroepen. Deze wilsverklaring heeft rechtskracht en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet² erkende schriftelijke verklaring van mij voor het geval dat ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie zoals bedoeld in deze wilsverklaring.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Personen die op de hoogte zijn van mijn wilsverklaring zijn:

Mijn vertegenwoordiger is:

2) Op basis van de wilsverklaring in de wet: Artikel 450 van Boek 7 Burgerlijk Wetboek