

Wilsverklaring

Naam huisarts:

Gegevens patiënt:

Achternaam:

Voornamen:

Geboortedatum:

Adres:

Hierbij verklaar ik aan mijn kinderen, naasten en behandelend artsen dat ik behandel wens te worden volgens het hieronder aangekruist beleid.

Mocht in de loop van de tijd mijn situatie veranderen dan behoud ik het recht om op ieder moment mijn wensen ten aanzien van de behandeling in overleg met de huisarts te wijzigen.

Behandelbeleid:

- ☐ Ik wens iedere behandeling gericht op genezing en/of herstel van lichamelijke functies te ontvangen. Een ziekenhuisopname of poliklinische behandeling behoort tot de mogelijkheden.
- ☐ Ik wens behandeling gericht op genezing en/of herstel van lichamelijke functies te ontvangen, maar ik wil niet worden behandeld in het ziekenhuis.
- ☐ Ik wens alleen behandeling gericht op het verlichten van pijn en lijden te ontvangen. Wanneer deze behandeling een levensverlengend effect heeft wordt dit geaccepteerd.
- ☐ Ik wens alleen behandeling gericht op het verlichten van pijn en lijden te ontvangen. Hierbij wordt niet per sé nagestreefd dat de behandeling een levensverlengend effect heeft.

Beleid bij reanimatie:

- ☐ In geval van een hartstilstand wil ik wel gereanimeerd worden.
- ☐ In geval van een hartstilstand wil ik niet gereanimeerd worden.

Met de ondertekening van deze wilsverklaring geef ik toestemming aan mijn huisarts om de huisartsenpost, de ambulance, het ziekenhuis, het verpleeg- of verzorgingshuis te informeren over mijn wilsverklaring.

Datum:

Plaats:

Handtekening patiënt: