

BEHANDELVERBOD ANNEX NIET-REANIMERENVERKLARING

Naam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Hierbij verklaar ik:

- [Beschrijf hier in welke situaties u welke behandelingen niet (meer) wilt.]

Dit behandelverbod is bedoeld voor iedereen die mij medisch behandelt of verzorgt. Het geldt ook op het moment dat ik mijn wensen op medisch gebied niet meer zelf kan vertellen. Mijn vertegenwoordiger (gevolmachtigde) zal dit behandelverbod zo nodig onder de aandacht van mijn behandelend arts brengen.

Het behandelverbod heeft nadrukkelijk *geen* betrekking op palliatieve zorg of sedatie zoals het voorkómen of behandelen van pijn, jeuk, onrust, benauwdheid of al die omstandigheden die als ondraaglijk kunnen gelden.

Ik accepteer de gevolgen van dit behandelverbod, ook als ik zelf niet bij bewustzijn ben. Dit behandelverbod heb ik opgesteld uit vrije wil en na er goed over te hebben nagedacht en in het bezit van mijn volle verstand (wilsbekwaam). Ik heb dit behandelverbod besproken met mijn vertegenwoordigers en met de huisarts.

Ik verzoek mijn huisarts om de huisartsenpost en eventuele andere zorgverleners over dit behandelverbod te informeren, zodat dit bepalend is bij een mogelijke overweging van ambulancevervoer of opname in een ziekenhuis, verzorgingstehuis, verpleeghuis of hospice.

Datum:

Plaats:

Handtekening: