**Wilsverklaring De Prins Huisartspraktijk**

Datum:

**Persoonlijke Informatie**

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

**Naam van de Huisarts**

Praktijknaam: De Prins Huisartspraktijk

Naam Huisarts:

Adres Praktijk: Middellaan 6 4811 VM Breda

**Gegevens delen:**

Mogen deze gegevens gedeeld worden met andere zorgverleners, zoals het ziekenhuis en de huisartsenpost en andere zorgverleners?
☐ Ja ☐ Nee

**Medische Instructies**

Hierbij leg ik, [Naam], mijn wensen vast voor medische behandelingen in de situatie waarin ik zelf geen beslissingen meer kan nemen.

**Reanimatie**☐ Ja ☐ Nee

Indien u **NEE** invult: Met de ondertekening van deze wilsverklaring geef ik toestemming aan mijn (huis)arts om de huisartsenpost en eventuele andere zorgverleners te informeren over mijn keuze om **niet gereanimeerd** te willen worden.

**Overige Behandelwensen**

1. Kunstmatig beademen: ☐ Ja ☐ Nee
2. Chemotherapie: ☐ Ja ☐ Nee
3. Langdurige kunstmatige voeding: ☐ Ja ☐ Nee
4. Palliatieve zorg: ☐ Ja ☐ Nee

(voorbeeld pijnbestrijding/doel is gemak en kwaliteit van leven niet levensverlengend)
5. Opname op een intensive care: ☐ Ja ☐ Nee
6. Opname in het ziekenhuis: ☐ Ja ☐ Nee

(noem voorbeelden/levensbedreigende aandoening zoals longontsteking/heupbreken)
7. Medicatie innemen: ☐ Ja ☐ Nee

8. Controle bij specialist in ziekenhuis: ☐ Ja ☐ Nee
9. Medicatie/behandeling niet genezend
 maar klacht verlichtend: ☐ Ja ☐ Nee
10. Anders:

*Palliatieve Sedatie*
als de arts inschat dat u nog maximaal 2 weken te leven heeft, u kunt dan gesedeerd worden en krijgt dan medicatie die het bewustzijn verlaagd. U krijgt dan ook geen voeding meer of vocht, maar u bent in een soort ‘slaap’ van waaruit uw lichaam rustig het leven loslaat

**Palliatieve Sedatie**
 ☐ Ja ☐ Nee

*Euthanasie*Bij euthanasie wordt het leven op een afgesproken moment actief en direct beëindigd. Dit gebeurd meestal door een infuus waardoor u direct overlijdt. Let op hieronder geeft u uw wens door maar dat betekent niet dat uw huisarts dat doet. Niet elke huisarts kan euthanasie toepassen.

**Bij een dodelijke ziekte waarbij er in de eindfase
sprake is van ondragelijk en uitzichtloos lijden wens ik euthanasie**
☐ Ja ☐ Nee

**Overige Wensen**
Woonwensen: *[Bijvoorbeeld: Thuis blijven, verpleeghuis, enz.]*

Religieuze wensen: *[Bijvoorbeeld: Thuis blijven, verpleeghuis, enz.]*

Overige instructies*: [Additionele instructies]*

**Contactpersonen.**iemand die goed bereikbaar is wanneer u in een acute situatie terecht komt

Eerste contactpersoon

Naam:

Telefoonnummer:

Relatie:

Tweede contactpersoon (optioneel)

Naam:

Telefoonnummer:

Relatie:

**Vertegenwoordiging**iemand die u wettelijk vertegenwoordigt wanneer u zelf niet meer aanspreekbaar bent (dus wilsonbekwaam ben bv bij coma).

Wettelijk kan dit zijn:
1. Curator of mentor benoemd door de rechter
2. Schriftelijk gemachtigde door u benoemd
3. Echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel
4. Ouder, kind, broer of zus

Vertegenwoordiger 1

Naam:

Handtekening:

Relatie tot ondergetekende:

Vertegenwoordiger 2 (optioneel)

Naam:

Handtekening:

Relatie tot ondergetekende:

**Ondertekening**

Datum:

Plaats:

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

**Getuigen bij ondertekening**

Naam Getuige 1:

Handtekening Getuige 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam Getuige 2:

Handtekening Getuige 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_