

## (1) Euthanasieverzoek

Naam euthanasieverzoeker:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Na grondige afweging, uit vrije wil en in het bezit van mijn volle verstand, verklaar ik het volgende:

1. De onderhavige verklaring is bestemd om dienst te doen in de situatie dat ik zelf niet meer mijn wensen op medisch gebied kan aangeven.
2. Wanneer ik door welke oorzaak dan ook in een toestand kom te verkeren waarin ik lichamelijk of geestelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijd, verzoek ik mijn behandelend arts - dan wel een arts waarnaar ik hem verzoek mij door te verwijzen indien hij zelf aan mijn euthanasieverzoek geen gevolg wil geven - uitdrukkelijk mij de middelen te verstrekken die nodig zijn om zelf mijn leven te beëindigen en als ik daartoe niet in staat ben, euthanasie op mij toe te passen.
3. Wanneer door mijn behandelend arts noch door de arts waarnaar hij doorverwijst aan mijn euthanasieverzoek gevolg wordt gegeven, onthoud ik uitdrukkelijk toestemming voor elke levensverlengende medische handeling, zoals o.a. toediening van vocht en voedsel, medicijnen waaronder antibiotica, chemotherapie, bestraling, operatie, nierdialyse, reanimatie en sondevoeding, behalve voor die handelingen die fysieke en geestelijke ongemakken verlichten (palliatieve zorg) dan wel op palliatieve sedatie betrekking hebben.
4. Facultatief geef ik aan de achterzijde van dit formulier bij wijze van voorbeeld een niet limitatieve opsomming van situaties waarvan ik verschoond wil blijven en die ik als lichamelijk of geestelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijdend ervaar.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Getekende kopieën van dit formulier zijn bij:

Gevolmachtigde 1:

Gevolmachtigde 2:

Gevolmachtigde 3:

Arts:

Conform art. 450 van boek 7 Burgerlijk Wetboek

Voor verrichtingen ter uitvoering van de behandelovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist. In het geval waarin een patiënt van 16 jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener en een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 van art 465 [opmerking: dat zijn de vertegenwoordigers van de patiënt] de kennelijke opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming als bedoeld in lid 1, opgevolgd. De hulpverlener kan alleen hiervan afwijken als hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.

De situatie(s) die ik wens te voorkomen, is/zijn de navolgende:

© Stichting de Einder, februari 2017

## (2) Volmacht

Naam volmachtgever:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Om te bevorderen dat mijn wilsverklaringen omtrent medische behandelingen en/of beslissingen, zullen worden nageleefd wanneer ik zelf niet, of niet meer voldoende, in staat ben mij helder en consistent te uiten stel ik hierbij in volgorde van voorkeur onderstaande perso(o)n(en) aan als mijn gevolmachtigde(n) die deze volmacht door ondertekening daarvan aanvaard(t)(en):

Naam gevolmachtigde 1:

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Handtekening:

Naam gevolmachtigde 2 (bij niet-beschikbaarheid gevolmachtigde 1):

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Handtekening:

Naam gevolmachtigde 3 (bij niet-beschikbaarheid gevolmachtigde 2):

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Handtekening:

Bovengenoemde perso(o)n(en) verzoek ik mijn wilsverklaringen onder de aandacht van mijn behandelend arts te brengen en te bewerkstelligen dat in de geest van die verklaringen wordt gehandeld. Wanneer het in mijn wilsverklaringen opgenomen behandelverbod zonder goede redenen niet wordt nageleefd, machtig ik hierbij mijn gevolmachtigde(n) om zo nodig met juridische middelen te bewerkstelligen dat binnen de grenzen van de wet dit behandelverbod wordt nageleefd.



deEinder

Steun bij een humane dood in eigen regie

Plaats:

Datum:

Handtekening volmachtgever:

© Stichting de Einder, februari 2017

**Stichting de Einder**

Postbus 9, 5050 AA Goirle - [info@deeinder.nl](mailto:info@deeinder.nl) - [www.deeinder.nl](http://www.deeinder.nl)

NL18INGB0005596402 - KvK 41241519

### (3) Behandelverbod annex niet reanimeren verklaring

Naam weigeraar behandeling:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Na grondige afweging, uit vrije wil, in het bezit van mijn volle verstand en terdege over de consequenties van een behandelverbod geïnformeerd, verklaar ik het volgende:

1. De onderhavige verklaring is bestemd om dienst te doen in de situatie dat ik zelf niet meer mijn wensen op medisch gebied kan aangeven.
2. Wanneer ik door welke oorzaak dan ook in een toestand kom te verkeren waarin ik lichamelijk of geestelijk ondraaglijk en uitzichtloos lijd dan wel waarin ik geen waardigheid en kwaliteit van leven meer ervaar, onthoud ik uitdrukkelijk toestemming voor elke levensverlengende medische handeling, zoals o.a. toediening van vocht en voedsel, medicijnen waaronder antibiotica, chemotherapie, bestraling, operatie, nierdialyse, reanimatie en sondevoeding, behalve voor die handelingen die fysieke en geestelijke ongemakken verlichten (palliatieve zorg) dan wel op palliatieve sedatie betrekking hebben.
3. Facultatief geef ik aan de achterzijde van dit formulier bij wijze van voorbeeld een niet limitatieve opsomming van situaties waarvoor het behandelverbod is bedoeld en die mijn grenzen aangeven omtrent kwaliteit en waardigheid van leven.
4. Ik verzoek mijn gevolmachtigde(n) het ertoe te leiden dat het onderhavig behandelverbod door de betrokken medici wordt nageleefd en ik geef mijn gevolmachtigde(n) hierbij volmacht en toestemming om zo nodig in rechte binnen de grenzen van de wet de naleving van dit behandelverbod af te dwingen.

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Getekende kopieën van dit formulier zijn bij:

Gevolmachtigde 1:

Gevolmachtigde 2:

Gevolmachtigde 3:

Arts:

Dit behandelverbod is gebaseerd op de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst.

Onder gebrek aan kwaliteit en waardigheid van leven versta ik de volgende situatie(s):



12. dat voorzover ik algemene informatie ontvangen heb, deze mede betrekking heeft gehad op de betrouwbare methoden en/of middelen waaruit ik een eigen keuze heb gemaakt en/of op de betrouwbare adressen waaruit ik zelf heb gekozen om deze middelen feitelijk te verkrijgen
13. dat niemand anders dan ikzelf op mijn zelfdoding kan worden aangesproken

Plaats:

Datum:

Handtekening:

## (5) Laatste wensen en praktische informatie

Naam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Mijn laatste wens(en):

Enige praktische informatie:

De lijst met namen en adressen van mensen die van mijn overlijden in kennis behoren te worden gesteld, is te vinden:

Ik bezit wel/geen donorcodicil

Ik heb wel/geen gevolmachtigde

Ik schreef wel/geen afscheidsbrieven

Ik heb wel/geen testament gemaakt

Ik wil begraven/gecremeerd worden

Ik ben wel/niet bereid mijn organen na hersendood ter beschikking te stellen

Ik ben wel/niet bereid mijn lijk af te staan voor de wetenschap

De polis van mijn uitvaartverzekering bevindt zich:

Naam en adres uitvaartondernemer:

Naam en adres van personen die ik heb gemachtigd voor financiële handelingen (giro- en/of bankmachtiging):

De bescheiden voeg ik hierbij of zijn te vinden:

Plaats:

Datum:

Handtekening: