

Wilsverklaring – Zorg- en behandelwensen

Doel van dit document

Met dit formulier kunt u vastleggen welke zorg en behandelingen u in de toekomst wel of niet wilt. Neem dit document mee naar gesprekken met uw (huis)arts en bespreek het met uw naasten. U kunt het altijd wijzigen of intrekken.

1. Persoonsgegevens

- Naam:
- Geboortedatum: / /
- Adres:
- BSN (optioneel):
- Telefoon / e-mail:

Contactpersoon / Wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing)

- Naam:
- Relatie tot mij:
- Telefoon / e-mail:
- Ik wijs bovenstaande persoon aan als mijn (**wettelijk**) **vertegenwoordiger** wanneer ik zelf niet (meer) kan beslissen: ☐ ja ☐ nee

2. Mijn waarden en doelen van zorg

Schrijf hieronder in uw eigen woorden wat voor u belangrijk is in het leven en in uw zorg. Denk aan zelfstandigheid, kunnen communiceren, betekenisvolle relaties, comfort, waardigheid, levensverlenging, enzovoort.

.....
.....

3. Wat is voor mij 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden'?

Beschrijf zo concreet mogelijk in welke situaties u uw lijden als ondraaglijk en zonder uitzicht op verbetering zou ervaren. Kruis aan wat van toepassing is en vul aan in eigen woorden.

- ☐ Blijvende, ernstige cognitieve achteruitgang (bijv. vergevorderde dementie) waardoor ik **niet meer kan herkennen/communiceren** met naasten.
- ☐ Langdurige, onbehandelbare pijn of benauwdheid die **ondanks behandeling** niet draaglijk wordt.
- ☐ Volledige en blijvende **afhankelijkheid** van anderen bij alle dagelijkse handelingen, zonder realistisch herstelperspectief.

- ☐ Ernstige, blijvende **bewustzijnsstoornis** (coma/vegetatieve toestand) zonder herstelperspectief.
- ☐ Andere (beschrijf):

In deze situaties wil ik dat mijn zorg vooral gericht is op comfort en kwaliteit van leven.

4. Reanimatie (hartmassage, beademing, AED)

Kruis één optie aan:

- ☐ **Ik wil niet gereanimeerd worden.**

Toelichting (optioneel):

Ik geef mijn (huis)arts toestemming om mijn niet-reanimerenwens te delen met huisartsenpost, ambulance en andere zorgverleners voor continuïteit van zorg: ☐ ja ☐ nee

- ☐ **Ik wil in principe wél gereanimeerd worden.** Ik begrijp dat de arts in een concrete situatie samen met mij/vertegenwoordiger beoordeelt of reanimatie medisch zinvol is.

Tip: draag uw wens zichtbaar bij u (pas/penning/kaart) en bespreek deze met uw naasten en arts.

5. Behandelverbod (negatieve wilsverklaring)

Hiermee verbiedt u bepaalde medische behandelingen onder door u beschreven omstandigheden.

Kruis aan wat u **niet** wilt en vul zo nodig aan. Deze wensen gelden **met name** wanneer mijn lijden door mij als ondraaglijk en uitzichtloos wordt ervaren (zie §3) óf wanneer ik wilsonbekwaam ben en mijn eerder vastgelegde wensen gelden.

- ☐ Geen opname op **Intensive Care (IC)**
- ☐ Geen **invasieve beademing** (beademingsmachine / intubatie)
- ☐ Geen **reanimeren** (als hierboven nog niet aangegeven)
- ☐ Geen **kunstmatische voeding/vocht** via sonde of infuus bij langdurig uitzichtloze situatie
- ☐ Geen **dialyse**
- ☐ Geen **operatieve ingrepen** met uitsluitend levensverlengend doel zonder reëel herstelperspectief
- ☐ Geen **antibiotica** bij een levensbedreigende infectie in een uitzichtloze fase
- ☐ Geen **ziekenhuisopname**; voorkeur voor zorg thuis of in vertrouwde omgeving
- ☐ Anders, namelijk:

Altijd wél:

- ☐ Behandeling gericht op **comfort** (pijn- en symptoombestrijding, mondzorg, benauwdheidsbestrijding, goede verzorging en begeleiding), ook als dit mogelijk invloed heeft op de levensduur.
- ☐ Bespreek tijdig **palliatieve sedatie** als de wettelijke voorwaarden zijn vervuld en symptomen onbehandelbaar zijn.

6. Toestemming gegevensdeling (continuïteit van zorg)

Ik geef toestemming om mijn wilsverklaring (samenvatting of document) beschikbaar te stellen aan:

☐ Huisartsenpost ☐ Ambulancedienst / RAV ☐ SEH/ziekenhuis ☐ Mijn apotheek ☐

Anders:

Doel: waarborgen dat zorgverleners mijn wensen kennen in acute situaties.

7. Bespreking met (huis)arts

Deze wilsverklaring is met mij besproken op: door: dr. (functie:

☐ huisarts ☐ specialist ouderengeneeskunde ☐ anders:)

Aantekeningen arts (samenvatting van het gesprek, inschatting wilsbekwaamheid, bijzonderheden):

.....

.....

8. Ondertekening

Ik verklaar deze wilsverklaring **uit vrije wil** en in staat tot een **redelijke waardering** van mijn belangen te hebben opgesteld. Ik begrijp dat ik dit document te allen tijde kan wijzigen of intrekken.

• Plaats en datum:

• Handtekening patiënt:

Optioneel – getuige(n):

Hierbij verklaar(-en) ik/wij dat ondergetekende naar mijn/onze oordeel wilsbekwaam is en dit document vrijwillig heeft ondertekend.

- Naam getuige 1 + handtekening:

- Naam getuige 2 + handtekening:

Toelichting

Deze wilsverklaring is bedoeld als hulpmiddel bij gezamenlijke besluitvorming. Een arts beoordeelt in elke concrete situatie de medische zinvolheid van behandelingen en handelt conform wet- en regelgeving en professionele richtlijnen. U kunt altijd terugkomen op uw keuzes.