Huisartsenpraktijk Westeinder

1e J.C. Mensinglaan 27a

1431 RV Aalsmeer

Tel. 0297-327801

Aalsmeer, …. - …. - ……..

Met deze verklaring richt ik mij tot mijn behandelend arts(en).

Uitgangspunt:

Als ik, ……………………………………………………………………………….. in een toestand kom die gepaard gaat met ondraaglijk lijden en die geen uitzicht meer biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat ondanks alle pogingen van mijn arts(en) om mijn lijden te verlichten, wil ik niet verder leven.

Onder een toestand die gepaard gaat met ondraaglijk lijden en die geen uitzicht biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat versta ik:

* Het leven aan beademingsapparatuur
* Het eindstadium van een kwaadaardige ziekte of een ernstige chronische ziekte als geen zinvolle behandeling meer mogelijk is en als die ziekte daardoor gepaard gaat met ondraaglijk lijden als ernstige pijn, kortademigheid of invaliditeit die leidt tot volledige afhankelijkheid van anderen voor de algemene dagelijkse verrichtingen als eten, drinken, toiletgang en aan- en uitkleden.

Als ik in een als hierboven beschreven toestand ben gekomen,

* Verkies en aanvaard ik het levenseinde uit vrije wil en verzoek ik mijn behandelend arts mijn stervenswens te vervullen, door mij onder zijn of haar begeleiding middelen toe te dienen die leiden tot een milde dood.
* Ik besef en accepteer dat ik kort voor het moment als de uitvoering gaat plaats vinden, ik nog een expliciet verzoek zal moeten doen om mijn wens om te sterven te bekrachtigen, door deze verklaring opnieuw met een actuelere datum te ondertekenen.
* Ik besef en accepteer dat, indien ik zonder al te veel ongemakken in een bewusteloze coma of door een permanent vegetatieve toestand, er geen sprake is van ondraaglijk lijden en dat er in deze toestand van wilsonbekwaamheid geen euthanasie kan plaats vinden.

Aldus getekend bij vol bewustzijn en verstand

Naam:…………………………………………………………………………………………………………...

Geboortedatum:……………………………………………………………………………………………

Adres:……………………………………………………………………………………………………………

Woonplaats:………………………………………………………………………………………………….

Handtekening: