**FORMULIEREN MBT WENSEN VOOR TOEKOMSTIGE ZORG**

Het is belangrijk om met uw arts te praten over uw wensen voor toekomstige zorg.

* Wat zijn uw vragen, wensen en verwachtingen?
* Kunt en wilt u gereanimeerd worden bij een hartstilstand?
* Wat is lijden voor u en welke behandelingen zijn er om pijn en lijden te verlichten?
* Wilt u een behandeling wel of juist niet? Maak dan een wilsverklaring.
* Denkt u aan euthanasie?
* Hoe kunt u uw leven zo goed mogelijk afronden?

Het is verstandig om u wensen vast te leggen.

Hierbij ontvangt u een aantal formulieren die u hiervoor kunt gebruiken

Als u deze formulieren (voor zover mogelijk) heeft ingevuld verzoeken wij u een afspraak maken met uw huisarts om dit te bespreken. De gemaakte afspraken worden vervolgens vastgelegd in uw dossier.

C. Hackeng en F. Bakker, huisartsen

Huisartsenpraktijk Hackeng Bakker

Toelichting formulieren

[**Volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen**](https://www.huisarts.nl/volmacht-inzake-medische-besluitvorming-en-beslissingen/)

Een medische volmacht (ook wel bekend onder de namen: medische procuratie, medische machtiging of onderhandse volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen) is een document met daarin uw medische wensen. Dit document kunt u aan uw behandelend arts geven zodat hij of zij dit kan toevoegen aan uw medisch dossier.

Voor meer informatie: <https://www.thuisarts.nl/wensen-voor-zorg-en-behandeling>

[**Wilsverklaring behandelverbod**](https://www.huisarts.nl/wilsverklaring-behandelverbod/)

In een wilsverklaring behandelverbod schrijft u op wanneer u geen medische handelingen wilt, maar ook welke begeleiding u verwacht van uw arts. Deze verklaring wordt gebruikt op het moment dat u zelf niet meer in staat bent om beslissingen te nemen.

Voor meer informatie: <https://www.thuisarts.nl/wensen-voor-zorg-en-behandeling>

[**Wilsverklaring voor euthanasie**](https://www.huisarts.nl/wilsverklaring-voor-euthanasie/)

Een wilsverklaring voor euthanasie is een document waarin uw wensen voor levenseinde worden vastgelegd. U geeft hierin aan in welke gevallen een arts over mag gaan tot levensbeëindiging.

Voor meer informatie: <https://www.thuisarts.nl/levenseinde/ik-denk-aan-euthanasie>

**Wilsverklaring tot NIET-reanimeren**

Als je besluit dat je niet gereanimeerd wilt worden kun je dat opschrijven in een wilsverklaring. Je kunt ook een niet-reanimeren penning nemen want dat is een gelijkwaardige wilsverklaring. Met een wilsverklaring maak je jouw wensen over je medische behandeling duidelijk wanneer je daar zelf niet meer over kunt beslissen.

Aan de achterkant van dit formulier vindt u een korte toelichting op de Wilsverklaring tot NIET-reanimeren

Voor meer informatie: <https://www.thuisarts.nl/levenseinde/ik-wil-nadenken-over-reanimatie>

Een wilsverklaring mag getypt, gedrukt of zelfs handgeschreven zijn. Je schrijft jouw wensen en grenzen op. Een wilsverklaring is meteen geldig als je naam (voluit), handtekening en datum eronder staan. Je hoeft dus niet naar de notaris om er een officieel document van te maken.   
  
Het is belangrijk dat jouw naasten en je (huis)arts weten wat jouw wensen zijn. Ook als deze veranderen. En het is slim om je wilsverklaring op te laten nemen in je medisch dossier. Lees je wilsverklaring ook regelmatig en denk na of deze nog steeds bij jou past.

**VOLMACHT INZAKE MEDISCHE BESLUITVORMING**

**EN BESLISSINGEN**

In deze verklaring leg ik

Naam: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorteplaats en datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wonend in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

onderstaande personen als gevolmachtigden vast.

Deze personen wijs ik aan om, met inachtneming van mijn wensen (zoals opgenomen in mijn wilsverklaringen), als gevolmachtigde op te treden over het nemen van medische beslissingen.

Deze gevolmachtigdenverklaring zal in werking treden in situaties waarin ik zelf niet meer (voldoende) in staat ben om mijn wensen en beslissingen op medisch terrein op een heldere en samenhangende wijze te uiten.

Gevolmachtigde 1:

Naam: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorteplaats en datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gevolmachtigde 2:

Naam: ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorteplaats en datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geldigheid**

Door deze wilsverklaring te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij soortgelijke ondertekende verklaringen. Deze wilsverklaring kan op ieder moment door mij herroepen worden.

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WILSVERKLARING BEHANDELVERBOD**

In deze wilsverklaring behandelverbod leg ik

Naam: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorteplaats en datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wonend in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vast dat ik onder welke omstandigheden dan ook bepaalde medische behandelingen weiger te ondergaan.

* Ik heb mijn wensen besproken met mijn familie/naasten.
* Mijn (huis)arts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ heeft hiervan op mijn verzoek een aantekening gemaakt in mijn dossier.

Ik heb deze wilsverklaring zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben tijdens het ondertekenen ervan in het bezit van mijn volle verstandelijk vermogen.

Als ik later door welke oorzaak dan ook niet meer in staat ben mijn wil te bepalen over mijn medische situatie, zoals bedoeld in deze verklaring, wil ik graag dat de artsen handelen zoals vastgelegd in deze wilsverklaring.

**Behandelverbod**

Wanneer ik in een toestand kom te verkeren waarin ik geen waardigheid en kwaliteit van leven meer ervaar, wil ik alle verdere medische behandelingen verbieden. Onder deze medische behandelingen zijn nadrukkelijk begrepen alle levensverlengende medische handelingen. Ook wil ik als ik in de hieronder beschreven toestand kom te verkeren geen vocht, voeding e.d. toegediend krijgen. Mijn grenzen omtrent waardigheid en kwaliteit van leven geef ik onderstaand uitgebreid weer.

Persoonlijke aanvulling kwaliteit van leven en een waardig levenseinde:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geldigheid**

Door deze wilsverklaring te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen. Deze wilsverklaring kan op ieder moment door mij herroepen worden.

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WILSVERKLARING VOOR EUTHANASIE**

In deze wilsverklaring voor euthanasie geef ik

Naam: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboorteplaats en datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wonend in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mijn wensen aan rondom levensbeëindigend handelen door mijn behandelaar op mijn verzoek.

Ook vraag ik mijn gevolmachtigde om dit euthanasieverzoek onder de aandacht te brengen van mijn behandelaar, wanneer ik op enig tijdstip niet in staat ben haar te bevestigen, te wijzigen of te herroepen, op grond van onvoldoende bewustzijn of onvermogen mij op een andere wijze te uiten.

Ik verzoek degene die deze verklaring in beheer heeft een afschrift te geven aan iedere mij behandelende arts, wanneer de omstandigheden daar aanleiding toe geven.

Als de behandelend arts geen gebruik wil of kan maken van deze verklaring, dan vraag ik hem om zijn behandeling over te dragen aan een andere arts. Wanneer de arts ook aan dit verzoek niet kan of wil voldoen, dan vraag ik hem om mijn naasten in staat te stellen de behandeling over te dragen aan een andere arts.

Als ik later, door welke oorzaak dan ook, niet meer in staat ben mijn wil te bepalen over mijn medische situatie, zoals bedoeld in deze verklaring, dan wil ik graag dat de artsen handelen zoals vastgelegd in deze wilsverklaring.

Ik heb deze wilsverklaring voor euthanasie zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben tijdens het ondertekenen ervan in het bezit van mijn volle verstandelijk vermogen.

**Verzoek**

Wanneer ik door ziekte, ongeval of welke oorzaak ook duurzaam in een lichamelijke en/of geestelijke toestand kom te verkeren,

• waaruit voor mij geen terugkeer tot een menswaardige levensstaat te verwachten is, en/of

• mijn verdergaande ontluistering te voorzien is, geef ik als mijn uitdrukkelijke wens te kennen dat de behandelende arts mij de middelen verstrekt die nodig zijn om zelf mijn leven te beëindigen en als ik daartoe niet in staat ben middelen aan mij toe dient.

Persoonlijke aanvulling omtrent wat ik als uitzichtloos en ondraaglijk lijden beschouw:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geldigheid**

Door deze wilsverklaring te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen. Deze wilsverklaring kan op ieder moment door mij herroepen worden.

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WILSVERKLARING TOT NIET-REANIMEREN**

Hierbij verklaar ik, dat ik niet gereanimeerd wil worden in geval van een hartstilstand.

Naam: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voornamen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres huisarts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Informatie over een wilsverklaring tot niet-reanimeren wordt doorgegeven als iemand wordt vervoerd per ambulance of opgenomen wordt in een ziekenhuis of in een verzorgingshuis of verpleeghuis gaat wonen.

**Toelichting Wilsverklaring tot NIET-reanimeren**

**Wat is reanimeren?**

Als u een hartstilstand krijgt, kunnen zorgverleners of mensen in uw omgeving proberen het hart en ademhaling weer op gang te krijgen. Dat noemen we reanimeren. Dit gebeurt door hartmassage, mond-op-mondbeademing en/of het geven van een stroomstoot op de borstkas met een AED.  Een hartstilstand kan optreden door verschillende oorzaken zoals:

een acuut hartinfarct, hartritmestoornissen, verstikking, verdrinking.

Zorgverleners en vrijwillige hulpverleners beginnen gewoonlijk direct met reanimeren omdat bij een hartstilstand ‘elke seconde telt’. Hoe eerder u wordt gereanimeerd, des te groter de kans is dat uw leven wordt gered.

**Waarom een niet-reanimeren penning?**

Als u besluit niet gereanimeerd te willen worden kunt u dat opschrijven in een wilsverklaring. Met een wilsverklaring maakt u uw wensen over de medische behandeling duidelijk wanneer u daar zelf niet meer over kunt beslissen. Bijvoorbeeld doordat u bewusteloos bent. Bij een acute hartstilstand is zo’n verklaring meestal niet direct beschikbaar. Dat is een goede reden om een niet-reanimeren penning te nemen en die te dragen. Met de niet-reanimeren penning verbiedt u de dokters en andere zorgverleners onder alle omstandigheden te reanimeren. U dient deze penning zelf aan te schaffen bestellen en te dragen op uw lichaam (als polsband of halsketting) zodat hulpdiensten in het geval van een verzoek om reanimatie door omstanders zien dat u niet gereanimeerd wilt worden. Een reanimatiepenning is gelijkwaardig aan een wilsverklaring.

Voor meer informatie: <https://www.patientenfederatie.nl/over-de-zorg/niet-reanimerenpenning#wat-is-reanimeren>