

**Behandelvebod**

Naam en volledige voornamen:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

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

Wanneer ik te eniger tijd door ziekte, ongeval of welke oorzaak ook in een lichamelijke en/of geestelijke toestand kom te verkeren, waaruit voor mij geen herstel tot een waardige levensstaat te verwachten is, wens ik:

- Dat er geen behandelingen plaatsvinden die het leven nodeloos verlengen, zoals reanimatie, beademing en kunstmatige voeding.
- Dat er in geval van een complicatie, bijvoorbeeld een infectie, in overleg met mijn gevolmachtigde afgezien kan worden van behandeling.

In het geval dat ik lichamelijk of geestelijk niet in staat ben deze verklaring te overhandigen en mondeling toe te lichten aan mijn behandelend arts, moet deze verklaring als mijn uitdrukkelijke wens worden opgevat.

Voor zover ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, wijs ik als mijn gevolmachtigde aan:

*Naam:*

*Geboortedatum:*

*Adres:*

*Telefoonnummer:*

*Relatie met ondergetekende:*

Datum:

**Handtekening gevolmachtigde:**

**Handtekening volmacht verlener:**