**WILSVERKLARING**

Met deze verklaring richt ik mij tot mijn behandelend arts.

1. Na grondige overwegingen wil ik niet verder leven wanneer ik kom te verkeren in:

**A.** een toestand van ondraaglijk lijden

en/of

**B.** een toestand die geen of nauwelijks uitzicht biedt op terugkeer tot een voor mij redelijke en waardige levensstaat.

Onder laatstgenoemde toestand versta ik in ieder geval:

- een coma van langer dan …. weken.

- een permanente vegatieve toestand.

- een leven met ernstige, permanente verlammingen.

- volkomen afhankelijk zijn van anderen voor de algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals eten, drinken, toiletgang, aan- en uitkleden.

- handicaps hebben zoals (vrijwel) blind en/of (vrijwel) doof die voor mij zinvolle bezigheden zoals lezen, schrijven, computeren, naar de tv kijken, muziek luisteren enz. (vrijwel) onmogelijk maken.

- een ernstige aantasting of steeds verdergaande afname van mijn geestelijke vermogen, waardoor ik bijv.

\* niet meer weet wie ik ben en waar ik ben

\* mijn vermogen tot communicatie heb verloren

\* mijn dierbaren niet herken

\* opgesloten moet worden omdat ik anders ga zwerven

- ……..

2. Als ik in een toestand zoals bedoel in **punt 1.** onder **A** of **B** ben gekomen, verzoek ik mijn behandelend arts dringend mijn stervenswens te vervullen door mij middelen tot een milde dood onder zijn/haar begeleiding te laten innemen of, als ik daartoe niet mee in staat ben, mij die middelen toe te dienen.

3. Voor het geval dat mijn behandelend arts in de onder **punt 1.** bedoelde omstandigheden niet aan mijn hierboven vermeld verzoek kan of wil voldoen, verzoek ik hem/haar mij onmiddellijk door te verwijzen naar een arts die daartoe wel bereid is.

4. Als aan mijn verzoek is voldaan, zal de overheid een onderzoek naar mijn levenseinde instellen. Ik onthef mijn behandelend arts van zijn/haar geheimhoudingsplicht met betrekking tot mijn medische gegevens. Ik verzoek hem/haar om de voor dat onderzoek noodzakelijke gegevens te verschaffen.

5. Deze verklaring blijft van kracht ongeacht het tijdsverloop sinds de ondertekening. Ik aanvaard daarmee bewust het risico dat ik haar later zou willen wijzigen of herroepen, maar daar dan niet meer toe in staat ben. Ik doe dat om een groter risico uit te sluiten, namelijk voortleven onder voor mij niet aanvaardbare omstandigheden.

6. Een exemplaar van deze verklaring deponeer ik bij mijn huisarts of andere behandelend arts en bij mijn (plaatsvervangend) gevolmachtigde.

7. Over deze verklaring heb ik grondig nagedacht en ik weet goed wat ik wil op medisch gebied. Ik ben zoals de wet dat noemt ‘in staat tot een redelijke waardering van mijn belangen ter zake’.

Purmerend, ……..-……...-20…..

Naam ………………………………………………………………… Handtekening

Geboortedatum ……..-……...-………