|  |
| --- |
| Cura Vera – de zorg die ú wilt |

**Wilsverklaring medische behandelbeperkingen WGBO bij wilsonbekwaamheid van:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | : | Man  Vrouw |
| Voor- en achternaam | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Straat | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Postcode & plaats | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoonnummer | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboortedatum | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboorteplaats | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Plaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Handtekening: |  |

Indien ik niet meer mijn wil over mijn behandeling kan uiten, wijs ik de volgende wettelijke vertegenwoordigers aan om mijn wensen kenbaar te maken. Ik heb deze perso(o)n(en) tijdens mijn leven zo goed mogelijk kenbaar gemaakt wat mijn wensen zijn.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mijn eerste wettelijke vertegenwoordiger** | | |
| Voor- en achternaam | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboortedatum | : | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Geboorteplaats | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Plaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Handtekening: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mijn tweede wettelijke vertegenwoordiger** | | |
| Voor- en achternaam | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboortedatum | : | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Geboorteplaats | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Plaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Handtekening: |  |

|  |
| --- |
| Nog eventuele derde personen (de naam of namen): |
| Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

**Behandelbeperkingen**

Mijn wil betreft de volgende omstandigheden:

Ik leg bij *wilsonbekwaamheid* behandelverbod(en) op voor de volgende medische handelingen:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Geen reanimatie |
|  | Geen sonde voeding door neus, mond of buikwand voor sondevoeding |
|  | Geen gedwongen kunstmatige voeding als ik niet meer op eigen kracht kan of wil eten |
|  | Geen beademing |
|  | Geen infuus |
|  | Geen opname op Intensief care (IC) of hartbewaking(CCU) |
|  | Geen levensverlengende behandeling zoals het geven van antibiotica bij levensbedreigende infecties |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Plaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| **Handtekening hoofdpersoon**: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Plaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| **Handtekening wettelijke vertegenwoordiger**: | | | |