**EEN VOORBEELD VAN EEN INGEVULDE WILSVERKLARING – TYPE 3**

**Cura Vera – de zorg die ú wilt**

Ik verklaar dat ik samen met mijn toekomstige vertegenwoordigers de volgende wilsverklaring heb opgesteld en op dat moment helder van geest en wilsbekwaam was. Mijn vertegenwoordigers waren daarbij mijn getuige.

**BEL GEEN 112** aan alle behandelaren die deze verklaring zien vraag ik om altijd als ik zelf wilsonbekwaam ben, eerst met mijn vertegenwoordiger contact op te nemen **voordat** 112 wordt gebeld. Dit is mijn eigen wens.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | : | 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: |  |

Ik wil in eerste instantie verklaren dat ik, indien ik zelf niet meer wilsbekwaam ben, de volgende personen aanwijs om mij te vertegenwoordigen conform de wet WGBO art 465 lid 3.

Ik wil in eerste instantie verklaren dat ik, indien ik zelf niet meer wilsbekwaam ben, de volgende personen aanwijs om mij te vertegenwoordigen conform de wet WGBO art 465 lid 3.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mijn eerste wettelijke vertegenwoordiger** | | |
| Voor- en achternaam | : | Hier vulde de man uit het voorbeeld de naam van zijn vrouw in |
| 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 | : | Hier vulde hij bijvoorbeeld de naam van zijn zoon in |
| 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. |

**De vertegenwoordigende rol**

Ik hecht eraan duidelijk te zijn over de vertegenwoordigende rol. Ik ga er natuurlijk van uit dat bovenstaande personen gezamenlijk bij de besluitvorming betrokken worden. Er kan echter maar één persoon echt de rol van vertegenwoordiger op zich nemen. Bij verschil van mening of een verschillende interpretatie neemt deze persoon namens mij de beslissingen over de (weigering van) behandeling. Niet een hulpverlener.

Mijn levensmotto is dat ik waardig wil leven en waardig wil sterven. Ik wil graag alle fases van het stervensproces meemaken. Ik vraag echter om grote terughoudendheid met behandeling en verzorging zodra ik de grens van een waardig bestaan ben gepasseerd.

In deze verklaring wil ik via een aantal voorbeelden duidelijk maken voor mijn vertegenwoordigers en de behandelaren wat ik bedoel met deze terughoudendheid. Ik vertrouw het aan mijn vertegenwoordiger toe om een eigen interpretatie van mijn wensen te maken in de situaties die zich gaan voordoen en die ik natuurlijk niet allemaal ten voeten uit heb kunnen beschrijven.

Hieronder beschrijf ik een aantal voorbeeldsituaties waarbij er sprake is van wilsonbekwaamheid bij cognitief verval door bijvoorbeeld dementie of een CVA of indien er sprake is van een comateus toestandsbeeld.

**Korte omschrijving van wat ik wel en niet wens**

Als ik dement word hoop ik dat ik een vorm krijg waarbij ik van het hier en nu geniet en geen overlast bezorg aan mijn partner en de omgeving. Als ik een gevaar ben voor mijn partner of kinderen en mijn partner of kinderen mij niet meer aan kunnen is het aan hen om te beslissen dat ik mijn huis moet verlaten.

Als ik alleen ben en geen overlast bezorg accepteer ik dat er voor mij als persoon risico’s worden genomen waarbij ik het gevaar loop te overlijden, liever dan dat ik word opgenomen in een verpleeghuis.

Ik geef bij deze toestemming om allerlei domotica en sensoren te plaatsen om mij te observeren en te bewaken. Ik stem ook in om een sensor desnoods onderhuids te plaatsen waarmee ik te detecteren ben.

Haal alle instrumenten waar ik mezelf en andere mensen mee in gevaar kan brengen bij me weg.

Laat me rommelen in en om het huis en neem het risico dat ik verdwaal.

Zorg dat er een paar momenten per dag zijn waarop er contact met me is.

Raak niet in paniek als ik een keer gevallen ben en heel wat uur op de grond heb gelegen.

Als ik niet meer voor mezelf kan zorgen, zorg dan dat er eten en drinken is en verleid me om te eten en te drinken.

Ga me niet tegen mijn zin voeren. Plaats geen maagsonde. Plaats geen infuus.

Zolang ik nog geniet van het moment en de omgeving om me heen (bijvoorbeeld muziek televisie wandelen) houd me dan zo goed mogelijk in leven en laat me overal voor behandelen zolang het de kwaliteit van leven verbetert. Reanimeer me niet bij een hartstilstand.

Zodra ik niet meer reageer op mijn omgeving en me terug trek laat me dan met rust en wees heel terughoudend met behandelingen. Laat me rustig achteruit gaan tot de dood erop volgt.

Als ik de grens van een waardig bestaan overschrijd laat me dan dood gaan en help me daar ook bij. Enkele voorbeelden:

- Als ik alleen maar onrustig ben en achterdochtig, psychotisch of heel vaak schreeuw en geen contact meer heb, wees vanaf dat moment heel terughoudend met behandelingen en zorg. **Alles moet er op gericht zijn de dood zo snel en comfortabel mogelijk te laten plaats vinden. Geef me rustgevende medicatie, bied in zeer beperkte mate drinken aan. Stop alle medicatie die niet direct bijdraagt aan me beter voelen en behandel pijn en ander ongemak. Ik wil daarbij niet geholpen worden met een euthanicum.**

- Als ik geen contact meer heb en incontinent en met ontlasting smeer, geef me dan ook sederende middelen. En volg hetzelfde beleid als hierboven in het vetgedrukte deel beschreven is.

- Indien ik zowel met handen en benen geen coherente bewegingen meer kan maken, niet meer zelf kan eten en niet meer kan lopen (apraxie) en me ook verslik geef me dan geen eten en drinken meer en ondersteun het proces van de aftakeling.

- Als ik vaak val vanwege de apraxie en zelfs een breuk oploop en ik niet meer in de fase ben waarin ik nog van het hier en nu kan genieten, opereer me dan niet. Laat me thuis en wees heel terughoudend met behandeling en verzorging. Laat me rustig thuis sterven.

- Als ik immense pijnen heb die niet reageren op pijnmedicatie ga dan over op het toedienen van een euthanicum.

- Ik hoop dat ik niet word opgenomen maar als het niet anders kan laat me dan daar opnemen (verpleeghuis of hospice) waar de bovenstaande wensen kunnen worden ingewilligd.

- Als ik comateus ben en er geen zicht is op snel volledig herstel stop dan alle behandelingen.

Deze verklaring heb ik opgemaakt bij mijn volle bewustzijn in aanwezigheid van mijn wettelijk vertegenwoordigers.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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**: | | | |

Om deze wilsverklaring optimaal te benutten is het verstandig dat u dit met uw huisarts afstemt en dat uw verklaring het in uw medisch dossier komt – (eventueel) ook bij andere behandelende artsen.

**Stempel of handtekening huisarts:**

**Datum van ontvangst:**

**Om op te nemen in het medisch dossier**