

MEDISCH LEVENSTESTAMENT – VRAGENFORMULIER

(voor het vastleggen van mijn medische wensen en mijn medisch vertegenwoordiger)

A. PERSOONLIJKE GEGEVENS

1. Wat zijn uw persoonsgegevens?

Naam en voorletters:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum en -plaats:

Telefoon:

Emailadres:

2. Vanaf welke datum geldt dit medisch levenstestament?

Dit medisch levenstestament geldt vanaf:

3. Heeft u al eerder een wilsverklaring of levenstestament gemaakt?

☐ Nee

☐ Ja, bij notaris

of ik zelf op

(datum)

Datum eerdere akte/verklaring

Opmerkingen over eerdere documenten:

B. MEDISCH VERTEGENWOORDIGER

4. Wie is uw eerste medisch vertegenwoordiger?

Naam:

Adres:

Telefoon:

E-mailadres:

Relatie tot mij:

5. Wilt u een plaatsvervangend medisch vertegenwoordiger aanwijzen?

☐ Nee

☐ Ja, namelijk:

Naam:

Telefoon:

E-mailadres:

Relatie tot mij:

6. Welke bevoegdheden geeft u uw medisch vertegenwoordiger?

- ☐ Beslissen over instemmen met of weigeren van medische behandelingen
- ☐ Inzage in mijn medisch dossier
- ☐ Overleg voeren met mijn arts(en) over mijn behandelopties
- ☐ Mij vertegenwoordigen bij opname/ontslag uit ziekenhuis of instelling
- ☐ Anders, namelijk:

7. Zijn er beperkingen aan de bevoegdheden van uw vertegenwoordiger?

- ☐ Nee, geen beperkingen
- ☐ Ja, namelijk:

C. ALGEMENE BEHANDELWENSEN

8. Hoe belangrijk vindt u levensverlenging in het algemeen?

- ☐ Levensverlenging staat voorop, zolang er redelijke kwaliteit van leven is
- ☐ Een balans tussen levensverlenging en kwaliteit van leven
- ☐ Kwaliteit van leven gaat vóór levensverlenging
- ☐ Ik wil geen belastende behandelingen als genezing niet meer mogelijk is

9. Wat betekent voor u "kwaliteit van leven"?

D. LEVENSVRELENGENDE BEHANDELINGEN

10. Reanimatie (bij hartstilstand)

NU, in mijn huidige gezondheidssituatie:

- ☐ Ik wens WEL reanimatie
- ☐ Ik wens GEEN reanimatie

IN EEN LATER STADIUM, bij ernstige ziekte/dementie:

- ☐ Ik wens WEL reanimatie
- ☐ Ik wens GEEN reanimatie

11. Beademing (kunstmatige beademing, bijvoorbeeld op IC)

- ☐ Tijdelijke beademing is acceptabel als er reële kans op herstel is
- ☐ Ik wens GEEN langdurige beademing zonder uitzicht op herstel
- ☐ Ik wens GEEN beademing in de stervensfase
- ☐ Anders, namelijk:

12. Intensive care (IC) of hartbewaking

- ☐ Ik sta open voor IC-opname als er reële kans op herstel is
- ☐ Ik wens GEEN IC-opname als de vooruitzichten slecht of uitzichtloos zijn
- ☐ Ik wens GEEN IC-opname in de stervensfase
- ☐ Anders, namelijk:

13. Zware operaties en ingrepen

- ☐ Ik wil in principe grote operaties, als die mijn levensverwachting en kwaliteit van leven duidelijk kunnen verbeteren
- ☐ Ik wil GEEN grote operaties meer als ik al ernstig ziek/kwetsbaar ben
- ☐ Ik wil GEEN spoedoperaties in de stervensfase
- ☐ Anders, namelijk:

14. Dialyse, chemotherapie, andere zware behandelingen

- ☐ Ik sta open voor dergelijke behandelingen, zolang er redelijke kans is op duidelijk voordeel
- ☐ Ik wil GEEN dergelijke behandelingen in een vergevorderd of terminaalstadium van ziekte
- ☐ Ik wil enkel nog symptoom- en comfortgerichte behandeling
- ☐ Anders, namelijk:

E. KUNSTMATIGE VOEDING, VOCHT EN MEDICATIE

15. Kunstmatige voeding (bijvoorbeeld via sonde of PEG)

- ☐ Toegestaan als kans op herstel of verbetering reëel is
- ☐ GEEN kunstmatige voeding bij vergevorderde dementie

☐ GEEN kunstmatige voeding in de stervensfase

☐ Anders, namelijk:

16. Kunstmatige vochttoediening (via infuus)

☐ Toegestaan als dit bijdraagt aan comfort en herstel

☐ GEEN kunstmatige vochttoediening als dit alleen levensverlengend werkt zonder verbetering van mijn toestand

☐ In de stervensfase: alleen als dit mijn comfort duidelijk verbetert

☐ Anders, namelijk:

17. Medicatie in de laatste levensfase

☐ Pijnstilling en symptoombestrijding hebben prioriteit, ook als dit levensverkortend kan werken

☐ Ik wens GEEN zeer belastende medicatie met vooral bijwerkingen

☐ Ik sta open voor verdovende/pijnstillende middelen volgens advies arts

☐ Anders, namelijk:

F. PLAATS VAN ZORG EN OPNAME

18. Waar wilt u het liefst verzorgd worden als u ernstig ziek bent? (meerdere opties mogelijk):

☐ Thuis, zolang dat verantwoord is

☐ Hospice

☐ Verpleeghuis of zorginstelling

☐ Ziekenhuis

☐ Geen voorkeur

19. Ziekenhuisopname in de laatste levensfase

☐ Ik wens GEEN ziekenhuisopname meer in de laatste levensfase, tenzij dit nodig is voor optimaal comfort

☐ Ik ben bereid tot ziekenhuisopname als dat noodzakelijk is

☐ Anders, namelijk:

20. Voorkeur voor bepaalde instelling/afdeling

☐ Ja, namelijk:

☐ Geen specifieke voorkeur

G. WENSEN BIJ DEMENTIE OF ERNSTIGE HERSENSCHADE

21. Hoe kijkt u aan tegen leven met vergevorderde dementie of ernstige, blijvende hersenschade?

22. Levensverlengende behandelingen bij vergevorderde dementie/hersenschade

☐ GEEN reanimatie

☐ GEEN IC-opname of beademing

☐ GEEN grote operaties of zware behandelingen

☐ GEEN kunstmatige voeding

☐ GEEN kunstmatige vochttoediening die alleen levensverlengend werkt ☐ Wel comfortgerichte behandelingen (pijnstilling, huidzorg, hygiëne behandeling van ongemak)

☐ Anders, namelijk:

H. PALLIATIEVE ZORG EN SEDATIE

23. Palliatieve (comfort)zorg in de laatste levensfase

☐ Comfort en verlichting van klachten gaan boven levensverlenging

☐ Ik wil goede pijnbestrijding, ook als dit mijn leven mogelijk verkort

☐ Ik wil dat mijn arts actief zoekt naar mogelijkheden om mijn lijden te verlichten

24. Palliatieve sedatie (het verlagen van bewustzijn bij onbehandelbaar lijden)

☐ Ik sta in principe open voor palliatieve sedatie als mijn lijden ernstig en onbehandelbaar is

☐ Ik wens GEEN palliatieve sedatie

☐ Anders, namelijk:

I. EUTHANASIEVERZOEK

25. Wilt u een schriftelijk euthanasieverzoek vastleggen?

☐ Ja

☐ Nee (ga door naar onderdeel J)

26. In welke situaties wilt u dat uw arts een euthanasieverzoek overweegt?

- ☐ Bij ondraaglijk en uitzichtloos lichamelijk lijden
- ☐ Bij ondraaglijk en uitzichtloos psychisch lijden
- ☐ In een vergevorderd stadium van dementie, zoals hieronder omschreven
- ☐ In een terminale fase van een ongeneeslijke ziekte
- ☐ Anders, namelijk:

27. Hoe omschrijft u “ondraaglijk lijden” voor uzelf?

28. Hoe omschrijft u een “waardig leven” voor uzelf?

29. Zijn er medische handelingen die u NIET wilt in de fase waarin u euthanasie zou overwegen (bijvoorbeeld IC, reanimatie)?

J. OVERIGE SPECIFIEKE WENSEN

30. Wensen rond bezoek, communicatie en informatie

☐ Ik wil dat mijn medisch vertegenwoordiger steeds als eerste wordt geïnformeerd bij belangrijke medische beslissingen

☐ Ik wil dat volgende personen actief worden betrokken bij overleg:

Naam:

Telefoon:

Naam:

Telefoon:

☐ Ik wil dat bepaalde informatie NIET wordt gedeeld met:

31. Levensbeschouwelijke of religieuze wensen

☐ Ja, namelijk (bijv. voorkeur voor geestelijk verzorger, rituelen):

☐ Nee, geen specifieke wensen

32. Vormgeving van de laatste levensfase (bijv. muziek, sfeer, rituelen)

33. Wensen rond orgaandonatie en obductie

(let op: officieel vastleggen van orgaandonatie gebeurt via het Donorregister; dit is vooral een signaal naar uw naasten en arts)

- ☐ Ik sta POSITIEF tegenover orgaandonatie
- ☐ Ik sta NEGATIEF tegenover orgaandonatie
- ☐ Ik heb mij geregistreerd in het Donorregister
- ☐ Ik geef toestemming voor obductie
- ☐ Ik wens GEEN obductie

Toelichting:

34. Overige wensen die u belangrijk vindt

35. Met wie heeft u deze wensen besproken?

Naam huisarts:

Medisch vertegenwoordiger:

36. Hoe vaak wilt u uw medisch levenstestament herzien/bespreken?

- ☐ Jaarlijks
- ☐ Om de 2–3 jaar
- ☐ Bij belangrijke veranderingen in mijn gezondheid of privé-situatie
- ☐ Anders, namelijk:

Plaats:

Datum:

Handtekening opsteller: _____

Dit formulier is bedoeld als praktische uitwerking van uw wensen. Voor juridische geldigheid en medische inbedding is het raadzaam dit te bespreken met uw huisarts en (indien gewenst) vast te leggen in een notariële akte.