**Wensen behandelbeperking.**

Hierbij verklaar ik
(naam) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (geboortedatum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dat ik

* niet/wel\* gereanimeerd wil worden in geval van een acute hartstilstand.
* niet/wel\* langdurig beademd wil worden.
* niet/wel\* wil worden opgenomen op een intensive-care afdeling.
* niet/wel\* wil worden opgenomen in een ziekenhuis.

(\*doorstrepen wat NIET van toepassing is)

* overig:

Wettelijk vertegenwoordiger.

De volgende persoon mag namens mij medische beslissingen maken, wanneer ik dat zelf niet meer kan.

Naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relatie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ondertekend door,

Naam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 handtekening

 datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ handtekening datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ handtekening