

Living Will  
Wilsverklaring

Name: .....  
 Birth Date:..... Age:..... Gender:.....  
 Nationality.....  
 HN: ..... EN/AN:.....  
 Visit Date:..... OPD/Ward.....  
 Physician:.....  
 Allergies:.....

Plaats .....

Datum .....

I, Voornaam.....Tussenvoegsel.....Achternaam.....

Paspoortnummer.....Nationaliteit.....

Adres in Thailand .....

Adres in thuisland.....

Tel nummer.....Zakelijk nummer.....

E – mail adres.....

1. volledig bij mijn verstand, bekwaam en vrijwillig maak ik deze verklaring die dient te worden opgevolgd in het geval ik onbekwaam mocht worden. Ik wens gebruik te maken van mijn recht overeenkomstig Thai Statue No. 12 of the National Health Law van het jaar 2550. Deze verklaring reflecteert mijn vaste en duurzame overtuiging om levensverlengende behandelingen te weigeren in de hieronder beschreven omstandigheden.

2. Ik geef mijn behandelende arts de opdracht om levensverlengende behandelingen met als enig doel mijn overlijdensproces te vertragen niet toe te passen of te staken wanneer ik in een terminale conditie of een staat van permanente bewusteloosheid ben. Ik wil dat de hieronder benoemde en door mij getekende behandelingen worden gestopt.

Ik wil geen	handtekening
Cardiale reanimatie	
Tracheostomie	
Mechanische beademing	
Slangvoeding	
Anders (specificeren)	

3. Ongeacht het feit dat ik behandelingen beschreven onder punt 2 van dit document weiger, geef ik de opdracht de behandelingen te beperken tot maatregelen die mij comfort geven en pijn stillen, inclusief pijn die mocht worden veroorzaakt door het niet geven danwel staken van de levensverlengende behandeling.

Ik wil dat het medische team mijn wensen als volgt uitvoert:

- Ik wil thuis sterven  
 Ik wil geestelijke bijstand krijgen van.....

Ik wil een andere persoon aanwijzen die namens mij besluiten kan nemen over de toe te passen medische behandelingen in het geval ik incompetent mocht zijn, in terminale conditie mocht verkeren of in staat van permanente bewusteloosheid mocht geraken:  
 (Voor- en achternaam).....

De aangever en de aangewezen belangenbehartiger tekenen bij hun volle bewustzijn en vrijwillig dit document.

Ik heb deze verklaring afgegeven in de aanwezigheid van de getuigen die hieronder getekend hebben.

**Living Will**  
**Wilsverklaring**

Name: .....  
 Birth Date:..... Age:..... Gender:.....  
 Nationality.....  
 HN: ..... EN/AN:.....  
 Visit Date:..... OPD/Ward.....  
 Physician:.....  
 Allergies:.....

Handtekening .....  
 De aangever

Handtekening .....  
 Familielid of bekende

Handtekening..... Handtekening.....  
 Voor- en achternaam..... Voor- en achternaam.....  
 Getuige Getuige

**Familielid of bekende**

Voor- en achternaam ..... Relatie.....  
 Paspoort of ID No. ....  
 Adres .....  
 .....  
 Telefoon No. .... Zakelijk No. ....

**Getuige**

Voor- en achternaam ..... Relatie.....  
 Paspoort of ID No. ....  
 Adres .....  
 .....  
 Telefoon No. .... Zakelijk No. ....

**Getuige**

Voor- en achternaam ..... Relatie.....  
 Paspoort of ID No. ....  
 Adres .....  
 .....  
 Telefoon No. .... Zakelijk No. ....

**Note:** Deze verklaring helpt de aangever zijn/haar wensen ten aanzien van de weigering van medische behandeling te realiseren overeenkomstig de Thai Statue No. 12 of the National Health Law of the year 2550. De aangever kan zijn/haar intenties verduidelijken om te voorzien in zijn/haar persoonlijke situatie.

**\*\* Dit document is voor u ter informatie vertaald in het Nederlands. In het geval er een meningsverschil mocht ontstaan over de betekenis van de inhoud hiervan, dan zal de originele Thais/Engelse versie van dit document steeds het formele document zijn waaraan getoetst dient te worden.**