

Voor u ligt het aanmeldingsformulier van de Levenseindekliniek. Met dit formulier kunt u voor uzelf of uw naaste een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding aan ons kenbaar maken. Om een zo compleet mogelijk beeld van uw hulpvraag te krijgen, is het belangrijk dat u onderstaande informatie aandachtig doorleest en het formulier volledig invult.

Waar we in het aanmeldingsformulier de term 'euthanasie' gebruiken, kunt u ook 'hulp bij zelfdoding' lezen.

In het aanmeldingsformulier richten we ons tot de hulpvrager, dus degene met het verzoek om euthanasie. Als u niet zelf de hulpvrager bent en het formulier voor uw naaste invult, kunt u dat bij vraag 19 aangeven.

We kunnen uw aanmelding alleen in behandeling nemen als:

- het verzoek om euthanasie niet langer dan twee maanden geleden met de behandelend arts is besproken, èn
- de behandelend arts of medisch specialist niet bereid is het verzoek in te willigen, èn
- de behandelend arts op de hoogte is van de aanmelding bij de Levenseindekliniek, èn
- het aanmeldingsformulier en het machtigingsformulier volledig zijn ingevuld.

Om uw verzoek te kunnen beoordelen, moet de Levenseindekliniek medische gegevens met uw behandelend arts(en) uit kunnen wisselen. Dit kan alleen met uw schriftelijke toestemming via bijgevoegd machtigingsformulier. Deze toestemming kan ook worden verleend door uw gevolmachtigde. Zonder deze toestemming kan de Levenseindekliniek uw aanmelding niet in behandeling nemen.

Als u zich aanmeldt vanwege een psychiatrische ziekte, dan is het noodzakelijk dat u toestemming geeft medische gegevens uit te wisselen met uw (voormalig) behandelend psychiater(s).

Als u zich aanmeldt vanwege een lichamelijke ziekte, en u bent daarnaast de afgelopen 5 jaar onder behandeling geweest van een psychiater, dan is het noodzakelijk dat u toestemming geeft medische gegevens uit te wisselen met uw (voormalig) behandelend psychiater(s).

Met 'behandelend arts' bedoelen we uw huisarts of de arts van de zorginstelling waar u verblijft. Met 'medisch specialist' bedoelen we uw psychiater, cardioloog, neuroloog of andere specialist.

1 Wat zijn uw persoonlijke gegevens?

Hiermee bedoelen we de persoonlijke gegevens van de hulpvrager.

Als u dit aanmeldingsformulier voor een naaste invult, dan kunt u uw eigen gegevens bij vraag 19 noteren.

Voorletters:	_____	Voornaam:	_____
Tussenvoegsel(s):	_____		
Achternaam:	_____	M / V	_____
Meisjesnaam:	_____		
Geboortedatum:	_____	Geboorteplaats:	_____
Adres:	_____		
Postcode en woonplaats:	_____		
Telefoonnummer:	_____		
E-mailadres:	_____		
BSN-nummer:	_____		
Ziektekostenverzekering:	_____	Polisnummer:	_____
Nationaliteit:	_____		
Burgerlijke staat:	<input type="radio"/> Gehuwd <input type="radio"/> Samenwonend <input type="radio"/> Alleenstaand <input type="radio"/> Weduwnaar / weduwe		
Kinderen:	_____		

2 Wat is uw woonsituatie?

Één antwoord mogelijk

- Zelfstandige woning
- Beschermde woonvorm
- Zorginstelling (bijvoorbeeld verzorgings-, verpleeg- of ziekenhuis)
- GGZ (Geestelijke GezondheidsZorg) instelling
- Anders, namelijk: _____

Indien van toepassing; naam en plaats van instelling: _____

3 Wie is uw behandelend arts?

Voorletters en naam: _____ M / V

Specialisme: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-mailadres: _____

4 Bij welke apotheek bent u bekend?

Naam apotheek: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Faxnummer: _____

5 Heeft u een schriftelijke wilsverklaring?

Niet verplicht. Indien aanwezig; kopie bijvoegen.

- Ja, datum: _____
- Nee
-

6 Heeft u een schriftelijke volmacht?

Niet verplicht. Indien aanwezig; kopie bijvoegen.

- Ja, datum: _____
- mijn gevolmachtigde is: _____
- Nee
-

7 Heeft u uw verzoek om euthanasie de afgelopen twee maanden met uw behandelend arts besproken?

- Ja
 Nee

*Is uw antwoord 'nee', dan kunt u zich op dit moment nog niet bij ons aanmelden.
Bespreek uw verzoek eerst (opnieuw) met uw behandelend arts.*

8 Is uw behandelend arts bereid euthanasie bij u uit te voeren?

- Ja
 Nee

*Is uw antwoord 'ja', dan kunt u zich niet bij ons aanmelden.
Bespreek uw verzoek verder met uw behandelend arts.*

9 Is uw behandelend arts op de hoogte van uw aanmelding bij de Levenseindekliniek?

- Ja
 Nee

*Is uw antwoord 'nee', dan kunt u zich op dit moment nog niet bij ons aanmelden.
Bespreek eerst met uw behandelend arts dat u zich gaat aanmelden bij de Levenseindekliniek.*

10 Bent u onder behandeling van een medisch specialist of psycholoog?

Meerdere antwoorden mogelijk

- Ja, namelijk:
- Psycholoog
 - Psychiater
 - Andere specialist, te weten: _____
 - Anders, namelijk: _____
- Nee, ik ben niet onder behandeling van een medisch specialist of psycholoog.

U kunt vraag 11 en 12 overslaan.

11 Heeft u uw verzoek om euthanasie de afgelopen twee maanden besproken met uw medisch specialist?

Bent u niet onder behandeling van een medisch specialist, dan kunt u deze vraag overslaan.

- Ja, met als uitkomst: _____

- Nee, omdat: _____

12 Is uw medisch specialist bereid euthanasie bij u uit te voeren?

Bent u niet onder behandeling van een medisch specialist, dan kunt u deze vraag overslaan.

- Ja
 Nee

*Is uw antwoord 'ja', dan kunt u zich niet bij ons aanmelden.
Bespreek uw verzoek verder met uw medisch specialist.*

13 Welke lichamelijke en/of psychiatrische ziektes hebben geleid tot uw euthanasieverzoek?

14 Indien u geen duidelijke ziekte kunt noemen: wat is dan de reden van uw euthanasieverzoek?

15 Waaruit bestaat uw lijden?

Meerdere antwoorden mogelijk

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Lichamelijke aftakeling/krachtverlies | <input type="radio"/> Verlies van vermogen sociale contacten te onderhouden | <input type="radio"/> Benauwdheid |
| <input type="radio"/> Pijn | <input type="radio"/> Verlies van geestelijke vermogens | <input type="radio"/> Misselijkheid |
| <input type="radio"/> Psychisch lijden | <input type="radio"/> Verlies van zintuiglijke functies (bijvoorbeeld doof- of blindheid) | <input type="radio"/> Incontinentie |
| <input type="radio"/> Afhankelijkheid/verlies van regie over het eigen leven | <input type="radio"/> Eenzaamheid | <input type="radio"/> Moeheid |
| <input type="radio"/> Verwardheid | | <input type="radio"/> Bedlegerigheid |
| | | <input type="radio"/> Rouw |

- Anders, namelijk:

Toelichting:

16 Op welke termijn hoopt u dat uw euthanasieverzoek ingewilligd kan worden?

- Zo snel mogelijk
- _____ weken
- _____ maanden
- Dat hangt af van:

17 Zijn uw naasten op de hoogte van uw aanmelding bij de Levenseindekliniek?

- Ja
- Nee, omdat

18 De Levenseindekliniek voert het vooronderzoek en de eventuele uitvoering van de euthanasie in principe bij u thuis uit, door een team van een arts en verpleegkundige uit uw regio.

Kunnen deze gesprekken bij u thuis gevoerd worden?

Één mogelijkheid kiezen

- Ja
- Nee, deze gesprekken kunnen gevoerd worden bij (naam en adres):

19 Wie heeft dit formulier ingevuld?

De hulpvrager

Ga verder met vraag 20

Een naaste van de hulpvrager, te weten:

Voorletters: _____ Voornaam: _____

Naam: _____ M / V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Relatie tot de hulpvrager:

Één mogelijkheid kiezen

Echtgenoot/echtgenote/partner

Zoon/dochter

Arts

(stuur a.u.b. een uitdraai van de relevante delen van het journaal en relevante specialistenbrieven mee)

Anders, namelijk:

20 Wie is de contactpersoon?

LET OP: in verband met de Wet bescherming persoonsgegevens kan de Levenseindekliniek alleen met de hulpvrager en de contactpersoon gegevens over de aanmelding uitwisselen. Indien er geen contactpersoon wordt ingevuld, dan kan het contact over de aanmelding alleen met de hulpvrager plaatsvinden.

- Ik wil dat de Levenseindekliniek alleen met mij, de hulpvrager, contact heeft over de aanmelding

U kunt vraag 21 overslaan

- Dezelfde persoon als bij vraag 19 beschreven

- Iemand anders, namelijk:

Voorletters en naam:

M / V

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Relatie tot de hulpvrager:

Één mogelijkheid kiezen

- Echtgenoot/echtgenote/partner

- Zoon/dochter

- Anders, namelijk:

21 Met wie moet de Levenseindekliniek contact opnemen voor het maken van afspraken?

- De hulpvrager

- De contactpersoon

Privacy

Wanneer u zich aanmeldt bij de Levenseindekliniek is er volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) sprake van een behandelovereenkomst. Op basis van deze overeenkomst mag de Levenseindekliniek gegevens van u verwerken.

Op grond van privacywetgeving heeft de Levenseindekliniek bepaalde plichten en heeft u als patiënt bepaalde rechten. Informatie over welke gegevens verwerkt worden, met welk doel en hoe de Levenseindekliniek omgaat met uw privacy en uw rechten vindt u in onze privacyverklaring. U kunt deze privacyverklaring vinden op www.levenseindekliniek.nl.

Ondertekening (door de hulpvrager)

Voorletters en naam: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Verzending

Als u dit formulier volledig hebt ingevuld en ondertekend, verstuurt u dit dan samen met:

- het volledig ingevulde en ondertekende machtigingsformulier
- een kopie van uw identiteitsbewijs
- schriftelijke wilsverklaringen (euthanasie, niet behandelen, enzovoorts) en schriftelijke volmacht indien u daarover beschikt, naar:

Stichting Levenseindekliniek

Antwoordnummer 24602

2490 WB Den Haag

(u hoeft de envelop niet te frankeren)

Heeft u vragen over dit formulier?

U kunt van 9.30 tot 12.00 uur en van 13.30 tot 16.30 uur bellen met 070 352 41 41

Of een e-mail sturen naar aanmelding@levenseindekliniek.nl

TOESTEMMING VOOR HET UITWISSELEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

Door het ondertekenen van deze machtiging geeft u toestemming om gegevens uit te wisselen, d.w.z.:

1. De behandelaars mogen medische gegevens verstrekken aan de Levenseindekliniek
2. De Levenseindekliniek mag medische informatie verstrekken aan de behandelaars.

Hierbij machtig ik, de hulpvrager:

Voorletters en naam: _____ M / V

Geboortedatum: _____

BSN nummer: _____

Stichting Levenseindekliniek

Om in het kader van mijn aanmelding, gedurende het gehele traject bij de Levenseindekliniek, mijn medische gegevens uit te wisselen met:

Mijn behandelend arts

Huisarts/specialist ouderengeneeskunde/instellingsarts (doorhalen wat niet van toepassing is):

Voorletters en naam: _____ M / V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-mailadres: _____

LET OP: alleen indien u bent opgenomen in een zorginstelling:

Mijn voormalig huisarts (mijn huisarts vóór ik werd opgenomen in de zorginstelling waar ik verblijf):

Voorletters en naam: _____ M / V

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Functie: _____

Telefoonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-mailadres: _____

Medisch specialist:

Voorletters en naam: _____ M / V

Specialisme: _____ Organisatie: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-mailadres: _____

Medisch specialist:

Voorletters en naam: _____ M / V

Specialisme: _____ Organisatie: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-mailadres: _____

Andere hulpverlener:

Voorletters en naam: _____

Functie: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-mailadres: _____

Ondertekening (door de hulpvrager):

Datum: _____

Handtekening: _____