

# Vnaprejšnja volja

Ime in priimek \_\_\_\_\_  
Naslov \_\_\_\_\_  
Datum in leto rojstva \_\_\_\_\_

Ime in priimek osebnega zdravnika \_\_\_\_\_

Podpisani, \_\_\_\_\_ izjavljam, kakšno zdravniško oskrbo želim glede medicinske obravnave v primeru nezmožnosti kumuniciranja.

Sprejel bi lajšanje bolečine in dano zdravstveno nego na obziren in dostojanstven način. Od zdravnika pričakujem zdravljenje, ki mi bo omogočalo sprejemljivo kakovost življenja, ki je pomembna zame:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*npr. sposobnost prepoznati svojce in prijatelje, sprejemati odločitve, komunicirati, se hraniti sam, skrbeti zase ipd.

- A) Želim, da me ohranjate pri življenju kakor dolgo je možno z uporabo vseh možnih metod zdravljenja
- B) Želim, da se odstopi od zdravljenja z namenom, da bi me obdržali pri življenju, ko bom (ustrezno obkroži):
- v stanju, ki me bo pripeljalo do skorajšnje smrti ali
  - v tako slabem stanju (vključno s poškodbo možganov ali drugo boleznijo možganov), da je zelo majhna verjetnost, da bom ponovno dosegel zame sprejemljivo kakovost življenja.

Ko bom v enem od teh stanj, ne želim, da zdravljenje vključuje (ustrezno obkroži):

- večje kirurške posege
- vstavitve srčnih spodbujevalnikov
- priključitev na dihalne aparate
- neutemeljeno dajanje antibiotikov za zdravljenje infekcij
- dializo
- hranjenje, tudi po sondi, dajanje infuzij zaradi dehidracije
- kemoterapijo
- transfuzijo
- druga zdravljenja: \_\_\_\_\_

- C) V kolikor ne bom več sposoben sprejemati odločitev glede medicinskih ukrepov, želim, da v mojem imenu odloča: \_\_\_\_\_

(ime in priimek, naslov, telefon)

- Č) Želim si tudi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*npr.: oskrbo Hospica, umreti doma, podariti organe...

Podpis: \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

1. priča \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

2. priča \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_

Overovitev podpisa pri notarju \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_