

## Schriftelijke Niet Reanimeren verklaring

---

Mijn naam is :  
Ik ben geboren op : te:  
Mijn BSN-nummer is :  
Mijn adres is :  
Postcode en woonplaats :  
Mijn huisarts is : praktijk gevestigd te:  
Opgesteld en ondertekend op :

---

Ik, naam....., verklaar hierbij de beslissing te hebben genomen om in acute, levensbedreigende situaties, niet gereanimeerd te willen worden. Ik heb deze beslissing zorgvuldig overwogen en heb mij hierover goed laten informeren door specialist en huisarts. Zowel mijn huisarts, specialist en naasten omgeving zijn op de hoogte van mijn beslissing.

Bij het ondertekenen van deze verklaring ben ik in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.

---

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

Naam arts: \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_