

Imię i nazwisko: _____

(miejsowość, data)

Data urodzenia: _____

Nr PESEL: _____

Adres: _____

OŚWIADCZENIE WOLI PACJENTA

Ja, _____ (imię i nazwisko), niniejszym oświadczam, że z chwilą wystąpienia u mnie stanu terminalnego, rozumianego jako stan nieodwracalny, przejawiającego się poważnym i trwałym pogorszeniem stanu zdrowia i przy istnieniu uzasadnionego medycznie przekonania, że leczenie tego stanu byłoby nieskuteczne, a także o nieuchronności rychłej śmierci oraz utraty przeze mnie zdolności wyrażenia woli:

1. żądam zaprzestania stosowania wobec mnie uporczywej terapii, tj.: procedur medycznych stosowanych w celu podtrzymywania funkcji życiowych pacjenta nieuleczalnie chorego, które przedłużają umieranie i wiążą się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile te służą dobru pacjenta. Zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie mogą być wobec mnie stosowane, o ile nie będą pogłębiać mojego cierpienia.

2. w szczególności, w chwili wystąpienia u mnie stanu terminalnego, nie wyrażam zgody na stosowanie wobec mnie następujących procedur medycznych: resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wspomaganie oddychania, mechanicznej wentylacji i tracheotomii, elektroterapii serca, mechanicznego i farmakologicznego wspomaganie krążenia w tym podawania katecholamin, leczenia nerkozastępczego w tym hemodializy, pozaustrojowego wspomaganie funkcji wątroby, zabiegów chirurgicznych, chemioterapii, założenia sondy nosowo-żołądkowej lub gastrostomii, plazmoferezy, oraz wszelkich innych procedur medycznych, które mają charakter uporczywej terapii.

(data, podpis notarialnie poświadczony)