

# VILJEYTRING OM VÅRD OCH BEHANDLING

Namn Personbeteckning \_\_\_\_\_

**Hänvisande till patientlagens 6. och 8.§ uttrycker jag härmed min vilja angående min omvårdnad och behandling i följande situationer:**

(Bekräfta Er önskan om vård genom att krusa (x) för de av punkterna 1-6. som Ni godkänner.)

1. Om jag insjuknar eller skadas svårt och det på medicinska grunder leder till att jag i fortsättningen måste framleva mitt liv hjälplös och totalt beroende av andra, får ej återupplivning eller intensivvård inledas (ex ej andningsapparat, ej matning med slang).
2. Om intensivvård hunnit påbörjas, skall den på här nämnda grunder avbrytas.
3. I planeringen av min vård och behandling bör prognosen beaktas. Åtgärder, som inte leder till förbättring av mitt hälsotillstånd utan endast förlänger mitt lidande, får inte vidtas.
4. Ifall jag är dement och drabbas av en sjukdom vars vård under normala förhållanden skulle förutsätta t ex antibiotika eller operation, vill jag inte ha en sådan behandling.
5. I alla ovannämnda situationer vill jag få en tillräcklig symtomlindring oberoende av om den möjligen förkortar mitt återstående liv.
6. I beslut som fattas om min omvårdnad och behandling anser jag det viktigare att man ser till min livskvalitet än att mitt liv förlängs.

Vidare vill jag:

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

Denna viljeyttring har skrivits för att beaktas i den händelse att mitt hälsotillstånd hindrar mig från att muntligen uttrycka min vilja.

Plats och tid Underskrift:

\_\_\_\_\_

Härmed intygas att ovannämnda person egenhändigt undertecknat denna viljeyttring om vård och att han/hon fullständigt förstår dess innebörd:

Plats och tid \_\_\_\_\_

Bevittnas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Namnet förtydligas

Namnet förtydligas