

# Wilsverklaring

---

Wanneer ik zelf niet meer kan beslissen over mijn behandelingen, dan wil ik dat de zorgverleners rekening houden met de volgende wensen:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:

Plaats:

Datum ondertekening:

Handtekening