

LIVSSLUTSDIREKTIV

BEGÄRAN OM ATT ERHÅLLA ETT LIVSAVKORTANDE PREPARAT I SYFTE ATT FÅ SLUTA MITT LIV PÅ ETT HUMANT OCH VÄRDIGT SÄTT

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Jag är svensk medborgare eller innehavare av permanent uppehållstillstånd i Sverige samt är drabbad av en diagnostiskt bekräftad terminal sjukdom eller tillstånd som medför outhärdligt lidande.

Jag önskar att min läkare till mig förskriver ett preparat som, om jag väljer att tillföra det, ger mig ett humant och värdigt livsavsslut.

Jag har blivit fullt informerad om min diagnos och prognos, det preparat som kan förskrivas för att tillgodose min begäran, potentiella risker med intaget därav, dess förväntade effekt samt tillgängliga vårdalternativ, såsom hospice, symptomlindring och palliativ vård.

Kryssa för ett av alternativen:

- Jag har informerat mina anförvanter eller närstående om min begäran.
- Jag har beslutat att inte informera mina anförvanter eller närstående om min begäran.
- Jag saknar anförvanter eller närstående.

Jag är medveten om att jag när som helst har rätt att dra tillbaka eller ändra denna begäran. Jag förstår innebörden i min begäran, och jag förväntar mig att få dö på det sätt jag önskar, om jag tillför mig själv det livsavkortande preparatet.

Jag gör denna begäran frivilligt, utan reservationer och utan att på något sätt ha blivit övertalad eller tvingad därtill.

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Adress och telefonnummer

VITTNE

Jag intygar att den person som undertecknat denna begäran:

- a) är personligen känd av mig eller har företett gällande bevis rörande sin identitet
- b) har frivilligt undertecknat denna begäran i min närvaro
- c) såvitt jag kan bedöma, är beslutskompetent och inte utsatt för tvång eller annan otillbörlig påverkan
- d) inte är patient under behandling av mig

Jag bekräftar härmed att jag inte är relaterad till den person som undertecknat denna begäran, genom släktskap, samboförhållande, adoption eller arvsrätt.

VITTNE 1

_____ Underskrift	_____ Namnförtydligande
_____ Adress	_____ Datum
_____ Telefonnummer	

VITTNE 2

_____ Underskrift	_____ Namnförtydligande
_____ Adress	_____ Datum
_____ Telefonnummer	

Översättning och tolkning

Denna begäran får avfattas på svenska, även om samtal och konsultationer mellan patienten, behandlande läkare och andra berörda skett på annat språk, under förutsättning att den svenska versionen kompletteras av ett intyg från en auktoriserad tolk, vilken uppfyller villkoren för vittnen ovan. Intyget skall bekräfta att den person som undertecknat begäran förklarat sig förstå innehållet i sin begäran samt betygat sin önskan att, efter konsultation med sin behandlande läkare, underteckna densamma.

SN 2022 03 21