

# Livsslutsdirektiv

Namn: .....

Personnummer: .....

Jag vill att mitt liv avslutas på ett värdigt sätt.

Om jag drabbas av obotlig sjukdom eller ett allvarligt olycksfall och därigenom inte kan uttrycka mina önsknningar, vill jag att läkare och övrig vårdpersonal handlar i enlighet med följande direktiv:

Om jag bedöms vara i ett tillstånd utan återvändo vill jag inte hållas vid liv genom HLR (hjärt- och lungräddning), respiratorbehandling, artificiell närings- och vätsketillförsel, antibiotika, större operationer eller liknande insatser. Min behandling ska endast lindra lidandet även om döden därmed påskyndas. Om den som har ansvar för min vård inte vill uppfylla dessa direktiv ska behandlingen överlåtas till annan läkare.

På sidan 2 av detta livsslutsdirektiv har jag gjort tillägg i form av ytterligare direktiv.

Jag är helt och fullt införstådd med innebörden av detta livsslutsdirektiv och konsekvenserna av att avstå från livsuppehållande behandling under ovannämnda villkor.

Datum:.....

Underskrift: .....

Att (namn) ..... är vid sina sinnens fulla bruk samt egenhändigt och av fri vilja skrivit under detta direktiv intygas härmed.

Underskrift..... Underskrift:.....

Namnförtydligande:..... Namnförtydligande:.....

Telefonnr:..... Telefonnr:.....

Datum:..... Datum:.....

Mina ställföreträdare i frågor som gäller livsuppehållande behandling, om jag inte är kontaktbar, är:

Namn:..... Namn:.....

Personnr:..... Personnr:.....

Telefonnr:..... Telefonnr:.....

Adress:..... Adress:.....

.....

## Ytterligare direktiv

Jag har här ytterligare direktiv, som ska gälla för min del. Jag har egenhändigt signerat det/de ytterligare direktiv som ska gälla.

### Extra direktiv om demens

Om jag drabbats av demens eller ett demensliknande tillstånd och sjukdomen fortskridit så långt att jag inte längre känner igen mina anhöriga och vänner, vill jag inte längre ha näring, vätska eller mediciner (med undantag för ångest- och smärtlindring). I stället vill jag ha sövande och lugnande medel ända till dess döden inträffar (djup och kontinuerlig terminal sedering). Tidpunkt för när detta ska ske får mina ställföreträdare bedöma.

Jag är helt och fullt införstådd med innebörden av detta livsslutsdirektiv och konsekvenserna av att avstå från livsuppehållande behandling under ovannämnda villkor.

Datum:.....

Namnteckning: .....

Att (namn) ..... är vid sina sinnens fulla bruk samt egenhändigt och av fri vilja skrivit under detta direktiv intygas härmed.

Underskrift:..... Underskrift:.....

Namnförtydligande:..... Namnförtydligande:.....

Telefonnr:..... Telefonnr:.....

Datum:..... Datum:.....

### Extra direktiv om organdonation

Om jag drabbas av sådan hjärnskada att jag är bortom allt hopp att överleva och helt saknar medvetande, tillåter jag en kort tids intensivvårdsbehandling med respiratorvård och organbevarande behandling för att göra organdonation möjlig.

Jag är helt och fullt införstådd med innebörden av detta livsslutsdirektiv och konsekvenserna av att avstå från livsuppehållande behandling under ovannämnda villkor.

Datum:.....

Namnteckning: .....

Att (namn) ..... är vid sina sinnens fulla bruk samt egenhändigt och av fri vilja skrivit under detta direktiv intygas härmed.

Underskrift:..... Underskrift:.....

Namnförtydligande:..... Namnförtydligande:.....

Telefonnr:..... Telefonnr:.....

Datum:..... Datum:.....