



CONCEPT

WILSBESCHIKKING PSYCHIATRIE

De volgende verklaring moet ondertekend worden, met indien mogelijk, ook een vertrouwd familielid en/of vertrouwenspersoon als getuige. Zorg er voor meerdere kopieën van dit document te hebben. De rechtbank zal deze wilsbeschikking mogelijk niet erkennen tenzij die bij een advocaat is gedeponereerd. Geef uw wettelijke vertegenwoordiger een kopie.

Ik,....., geboren op (datum),

in (geboorteplaats), huidig adres:

.....,
maak met mijn volle verstand, willens en wetens vrijwillig mijn volgende wens bekend:

Indien overwogen of besloten wordt dat ik onderworpen zal worden aan gedwongen opsluiting of opname (ook bekend als inhechtenisneming en inbewaringstelling) in een psychiatrisch ziekenhuis, afdeling, instelling, tehuis of verpleeghuis, en/of dat ik onderworpen zal worden aan psychiatrische procedures, met inbegrip van psychotrope medicijnen (waaronder, maar niet beperkt tot, antipsychotica, angst-remmende middelen, benzodiazepines, kalmeringsmiddelen, antidepressiva, psychostimulantia of stemmingsstabilisatoren) of enige andere geestelijke of biologisch-psychiatrische therapie, geef ik opdracht dat een dergelijke opsluiting, ziekenhuisopname, behandeling of procedure mij niet wordt opgelegd en ik daar niet toe word gedwongen en dat deze niet bij mij wordt gebruikt.

Ik weiger contact en behandeling door elke psychiater, psycholoog of andere geestelijke gezondheidswerker, aangezien deze praktijken volgens mijn persoonlijke, filosofische en/of religieuze overtuigingen, geen goede of juiste diagnose stellen en dergelijke diagnoses een verkeerde aanklacht over mijn gedrag en/of overtuigingen en handelwijze kunnen vormen, stigmatiserend zijn en daarom iemands reputatie en lichamelijk en geestelijk welbevinden bedreigen.

Elke van hun behandelingen die tegen mijn uitdrukkelijke wens in gegeven worden, zijn een inbreuk op, en daardoor een aanval op, mijn lichaam en zijn, naar mijn idee, een aanval op mijn persoon.

De hierboven genoemde richtlijnen en standpunten zijn onder andere van toepassing bij alle gevallen waarbij mijn vermogen of bekwaamheid om instructies te geven beschadigd zijn, of beweerd wordt dat die beschadigd zijn, of als ik in een staat van bewusteloosheid zou zijn of mijn communicatie in werkelijke en/of legale zin onmogelijk zijn, of wanneer enige psychiater, psycholoog, geestelijke gezondheidswerker, of een wetsfunctionaris beweert dat de kwestie een "levensbedreigende" situatie is waarbij spoedbehandeling vereist is volgens welke wet dan ook betreffende onvrijwillige opname of gelijkwaardige wettelijke autoriteit.

Bij het ontbreken van mijn vermogen om wat het bovenstaande betreft verdere richtlijnen te geven, heb ik de bedoeling deze verklaring te laten bevestigen door mijn familie en artsen, als een uitdrukking van mijn wettelijk recht om te weigeren een medische, psychologische, psychiatrische of chirurgische behandeling te ondergaan.

Mocht de bovenvermelde verklaring niet gevolgd worden, dan is de hieronder genoemde advocaat aangewezen en bevoegd om namens mij een geëigende rechtszaak aan te spannen en heeft hij hierbij mijn toestemming om elke straf- en/of civiele procedure te beginnen die nodig is om een dergelijke overtreding recht te zetten.

Ik machtig hierbij de volgende persoon/personen tot de uitvoering van deze wilsverklaring:

(Naam van de advocaat)

Contactinformatie:

(Familielid of iemand anders)

Contactinformatie:

De verklaring is ook bindend voor mijn wettige vertegenwoordigers, voogden, familie, uitvoerders of elke persoon met het wettelijke of andere recht om voor mij of mijn zaken te zorgen.

Handtekening: Datum:

Adres:

oOo

Handtekening van de notaris / advocaat / vrederechter (België), etc.:

Naam van de notaris / advocaat / vrederechter (België), etc.:

Heden:
(de datum waarop de notaris getuige was van de ondertekening)

verscheen voor mij in:
(de plaats waar hij getuige van de ondertekening was/de ondertekening notarieel werd bekrachtigd)

Ondertekening Notaris: