

**UW GEGEVENS DIT IS EEN NIET OFFICIËLE VERTALING, VUL DIT NIET IN, GEBRUIK HET SPAANSE ORIGINEEL!!**

ACHTERNAAM EN NAAM		NIF	SIP
ADRES (STRAAT/PLEIN, NUMMER EN DEUR)		POSTCODE	PLAATS
PROVINCIE	TELEFOON	E-MAIL	

**B VERKLARING**

Ik heb dit document opgesteld in het volle bezit van mijn vermogens en uit vrije wil, in overeenstemming met mijn rechten onder de huidige geldende wetgeving:

- Volgens Wet 16/2018 van 28 juni van de Generalitat over de rechten en garanties van de waardigheid van de persoon in het zorgproces rond het levenseinde:

Ik VERKLAAR dat, indien ik in de toekomst geen beslissingen kan nemen over mijn gezondheid als gevolg van lichamelijke en/of geestelijke achteruitgang, om welke reden dan ook en die een leven verhindert dat in overeenstemming is met mijn waarden en zonder overlevingsverwachtingen volgens voor de medische wetenschap, dat wil ik dat er rekening wordt gehouden met mijn wensen. Daarom, als de tijd is gekomen om het leven te beëindigen, verklaar ik het volgende ("**Voluntades anticipadas**"):

- Dat invasieve levensondersteunende maatregelen of andere maatregelen die uitsluitend tot doel hebben mijn leven te verlengen, niet worden gestart of, als de toepassing ervan al is begonnen, onderbroken worden.
- Dat ik de medicijnen krijg toegediend die nodig zijn om elk symptoom onder controle te houden dat pijn, lijden, ziekte of ongemak kan veroorzaken en dat mij een waardig einde van mijn leven garandeert.
- Dat, als het personeel dat mij assisteert, bovenstaande niet ondersteunt, ik wil dat mijn wensen gewaarborgd worden en dat ik zorg krijg van zorgpersoneel dat mijn wensen respecteert.

- Volgens Wet 3/2021 van 24 maart, die euthanasie regelt:

Ik VERKLAAR dat dit document de formele overweging heeft van een verzoek om **UITVOERING VAN EUTHANASIE** op voorwaarde dat wordt voldaan aan de vereisten die zijn vastgelegd in de huidige Euthanasiewet, waarvan ik op de hoogte ben, ongeacht of er rekening wordt gehouden met de hierboven genoemde criteria en instructies om mijn wil en mijn wensen te respecteren.

In geval van twijfel zal de persoon die als vertegenwoordiger wordt aangewezen, degene zijn die mijn situatie interpreteert als 'ernstig lijden en onmogelijkheid'. Mijn vertegenwoordiger is degene die het geschikte moment zal overwegen om te verzoeken dat de procedure die door de wet is vastgelegd om euthanasie uit te voeren.

In het geval dat mijn vertegenwoordiger zijn of haar taken niet kan uitvoeren en/of er geen plaatsvervangende vertegenwoordiger is, wil ik dat de arts die verantwoordelijk is voor mijn zorg de procedure start wanneer aan de door de wet vereiste omstandigheden is voldaan.

- Aanvullende instructies:

- |   |                                |                                     |  |  |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orgaandonatie:                               | <input type="checkbox"/> JA    | <input type="checkbox"/> NEE        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Schenking van het lichaam aan de wetenschap: | <input type="checkbox"/> JA    | <input type="checkbox"/> NEE        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Plaats waar u geholpen wil worden:           | <input type="checkbox"/> Thuis | <input type="checkbox"/> Ziekenhuis | <input type="checkbox"/> Verzorgingstehuis |  |
| <input type="checkbox"/> Spirituele hulp:                             | <input type="checkbox"/> JA    | <input type="checkbox"/> NEE        |  |  |

Zo ja, geef aan welk type:

- Overige instructies:

\*\*\*\*\* MARKEER DE GEWENSTE OPTIES \*\*\*\*\*

## C BENOEMING VAN VERTEGENWOORDIGER EN AANVAARDING

Ik, \_\_\_\_\_, wijs als mijn vertegenwoordiger de persoon aan wiens gegevens hieronder worden vermeld om namens mij de interpretatie uit te voeren die nodig kan zijn, zolang deze niet in tegenspraak is met mijn wilsverklaringen die in dit document staan, en om te zorgen voor de strikte toepassing van de inhoud ervan. Deze persoon moet worden beschouwd als de geldige en noodzakelijke gesprekspartner van het zorgteam dat verantwoordelijk is voor mijn zorg.

### GEGEVENS VAN DE VERTEGENWOORDIGER

ACHTERNAAM EN NAAM		NIF/NIE OF PASPOORT	SI <sup>PA</sup>
ADRES (STRAAT/PLEIN, NUMMER EN DEUR)		CP	PLAATS
PROVINCIE	TELEFOON	E-MAIL	

ELEKTRONISCHE HANDTEKENING VAN DE VERTEGENWOORDIGER

In overeenstemming met de bepalingen van artikel 28 van Wet 39/2015, van 1 oktober, betreffende de gemeenschappelijke administratieve procedure voor overheidsdiensten, is het beheersorgaan van de procedure gemachtigd om rechtstreeks de identiteitsgegevens van de vertegenwoordiger te verkrijgen indien de vertegenwoordiger zich daar niet uitdrukkelijk tegen verzet.

In geval van bezwaar tegen het feit dat de beheersinstantie deze gegevens rechtstreeks verkrijgt, moet dit hieronder worden vermeld en moeten de overeenkomstige documenten worden verstrekt in de door de procedureregels voorgeschreven bewoordingen.

Ik maak bezwaar tegen het verkrijgen van de identiteitsgegevens van de vertegenwoordiger

Reden van bezwaar: \_\_\_\_\_

## D VERKLARING VAN DE GETUIGEN

De ondergetekenden, meerderjarig, verklaren dat de ondertekenaar van dit document van voorafgaande wilsbeschikking dit volledig bewust heeft gedaan, zonder enige vorm van dwang in zijn/haar beslissing te hebben kunnen waarnemen. Ook verklaart ten minste één van hen dat hij/zij geen familie- of patrimoniale banden van welke aard dan ook heeft met de aangever van dit document, in overeenstemming met de bepalingen van artikel 44 van Wet 16/2018, van 28 juni, van de Generalitat, over de rechten en garanties van de waardigheid van de persoon in het proces van zorg rond het levenseinde.

NIF/NIE:

NIF/NIE:

NAAM:

NAAM:

ELEKTRONISCHE HANDTEKENING VAN DE GETUIGENIS

ELEKTRONISCHE HANDTEKENING VAN DE GETUIGENIS

In overeenstemming met de bepalingen van artikel 28 van Wet 39/2015, van 1 oktober, betreffende de gemeenschappelijke administratieve procedure van openbare besturen, zal de beheersinstantie van de procedure, indien de getuigen zich hier niet uitdrukkelijk tegen verzetten, gemachtigd zijn om hun identiteitsgegevens rechtstreeks te verkrijgen.

In het geval van verzet tegen het rechtstreeks verkrijgen van deze gegevens door de beheersinstantie, zullen zij dit hieronder moeten vermelden en zullen zij verplicht zijn om de overeenkomstige documenten te verstrekken in de termen die door de procedureregels worden vereist.

Ik maak bezwaar tegen het verkrijgen van de identiteitsgegevens van de getuige

Ik maak bezwaar tegen het verkrijgen van de identiteitsgegevens van de getuige

Reden van bezwaar \_\_\_\_\_

Reden van bezwaar \_\_\_\_\_

**EN** SOLLICITATIE

Ondergetekende legt de verklaring onder B af, verklaart dat ten minste één van de onder D genoemde getuigen geen enkele familie- of patrimoniale band heeft en verzoekt om registratie in het Register van Advance Directives van de Valenciaanse Gemeenschap en in het Nationaal Register van Advance Directives (RNIP).

ELEKTRONISCHE HANDTEKENING VAN DE AANGIFTE PERSOON

**F** BASISINFORMATIE OVER GEGEVENSBESCHERMING

Naam van de verwerkingsactiviteit: Register van advance directives.

Doel van de verwerking: Register van richtlijnen van burgers die vanaf elk punt in het zorgnetwerk kunnen worden geraadpleegd, wanneer er een beslissing moet worden genomen over de persoon die de verklaring aflegt en deze niet in staat is zijn wensen kenbaar te maken.

Identiteit van de verantwoordelijke voor de verwerking: Conselleria de Sanidad.

Legitimatie: De verwerking van de gegevens is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke verplichting die van toepassing is op de verantwoordelijke voor de verwerking, en voor de uitvoering van een taak van algemeen belang of in het kader van de uitoefening van overheidsbevoegdheden die aan de verantwoordelijke voor de verwerking zijn opgedragen. De betrokkene stemt in met de verwerking van zijn of haar persoonsgegevens voor een of meer specifieke doeleinden. Wet 41/2002, van 14 november, over de autonomie van patiënten. Koninklijk Besluit 1090/2015, van 4 december, tot regeling van klinische proeven met geneesmiddelen. Wet 3/2003, van 6 februari, van de Generalitat de la Generalitat, over de Gezondheidsorganisatie van de Valenciaanse Gemeenschap. Wet 10/2014, van 29 december, van de Generalitat, over de Gezondheid van de Valenciaanse Gemeenschap. Wet 8/2018, van 20 april, van de Generalitat, tot wijziging van Wet 10/2014, van 29 december, van de Generalitat, betreffende de Gezondheid van de Valenciaanse Gemeenschap. En andere geldende wetgeving op het gebied van gezondheid.

Rechten van betrokkenen: Zij hebben het recht om toegang tot hun persoonsgegevens te vragen, deze te rectificeren of te wissen, de verwerking te beperken, bezwaar te maken tegen de verwerking of niet te worden onderworpen aan een besluit dat uitsluitend is gebaseerd op geautomatiseerde verwerking, met inbegrip van profilering. Verzoeken om deze rechten uit te oefenen kunnen persoonlijk of online worden ingediend via de volgende link: [http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id\\_proc=19970](http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970).

Verdere informatie: U kunt het register van verwerkingsactiviteiten van het Regionale Ministerie van Volksgezondheid raadplegen op het volgende e-mailadres: <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. U kunt contact opnemen met de afgevaardigde voor gegevensbescherming op het volgende e-mailadres: [dpd@gva.es](mailto:dpd@gva.es).