

# REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE

## Volwassen of ontvoogde minderjarige patiënt

Registratiedocument **binnen de vier werkdagen** na de euthanasie te bezorgen op volgend adres (Verzenden via mail **OF** via de post):

- Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) verder Commissie genoemd.  
Galileelaan 5/2  
1210 BRUSSEL  
[euthanasiacom@health.fgov.be](mailto:euthanasiacom@health.fgov.be)

De verwijzingen naar de wetsartikelen in dit document hebben betrekking op de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie (versie 29/03/2024). De geslachtsgebonden woorden moeten als genderneutraal gelezen worden ongeacht het geslacht van de betrokkene.

Indien u een opmerking of een vraag wil richten aan de Euthanasie Commissie, die geen betrekking heeft op dit registratiedocument, kan dit via :

- het Secretariaat van de Euthanasiecommissie  
[euthanasiacom@health.fgov.be](mailto:euthanasiacom@health.fgov.be)  
NL : +32 2 524 92 64  
FR : +32 2 524 92 63

De persoonsgegevens zijn beschermd volgens de GDPR Meer info op:  
<https://www.health.belgium.be/nl/bescherming-van-persoonsgegevens>

De rubrieken met \* moeten worden ingevuld. Gelieve het document in te vullen via de PC/Word.

1. ARTS die verantwoordelijk is voor het registratiedocument	
(degene die zich ervan verzekerd heeft dat de essentiële voorwaarden en de formele en procedurele vereisten van de wet werden gerespecteerd) <sup>1</sup>	
<b>Naam *:</b>	Woonplaats (volledig adres) *:
Voorna(a)m(en) *:	
Registratienummer RIZIV *:	<u>Gegevens voor eventuele correspondentie</u> (in geval de Commissie bijkomende vragen heeft)
Hoedanigheid:	Adres:
<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Psychiater	
<input type="checkbox"/> Andere specialiteit, preciseer:	Telefoonnummer:
Bijkomende opleiding gevolgd:	E-mail:
<input type="checkbox"/> LEIF/EOL <input type="checkbox"/> Palliatieve zorg	
2. PATIËNT	
<b>Naam *:</b>	Datum en uur van overlijden * : ...../...../..... ..U...
Voorna(a)m(en) *:	
Geslacht *	Plaats van overlijden *
<input type="checkbox"/> Mannelijk	<input type="checkbox"/> Thuis (met inbegrip van of assistentiewoning of serviceflat )
<input type="checkbox"/> Vrouwelijk	<input type="checkbox"/> Woonzorgcentrum/Rusthuis
<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Ziekenhuis
Woonplaats (volledig adres)*:	<input type="checkbox"/> Palliatieve eenheid
	<input type="checkbox"/> Andere Preciseer:
Datum van geboorte * : ...../...../.....	
Plaats van geboorte indien gekend *	
(opgelet niet de woonplaats!):	

<sup>1</sup> Voor meer informatie over wie het document moet invullen, raadpleeg [www.euthanasiacommissie.be](http://www.euthanasiacommissie.be) rubriek formulier.

Plaats van residentie

België

- Brussel Hoofdstad
- Provincie Antwerpen
- Provincie Henegouwen
- Provincie Limburg
- Provincie Luik
- Provincie Luxemburg
- Provincie Namen
- Provincie Oost-Vlaanderen
- Provincie Vlaams-Brabant
- Provincie Waals-Brabant
- Provincie West-Vlaanderen

Andere land

Specificeer:

### 3. WIJZE waarop de euthanasie werd toegepast

**Naam** van **APOTHEKER** die producten heeft afgeleverd \*:

Voornamen \*:

Registratienummer RIZIV :

Adres :

#### De GEBRUIKTE producten \*

Naam van geneesmiddel * (in volgorde van het gebruik)	Aantal ampullen/flacons en dosering per ampullen/flacons (mg/ml, %)	Totaal gebruikte dosis* (mcg, mg, gr, mg/ml, %)	Toedieningswijze* (intraveneus (IV), oraal (PO), subcutaan (SC), intramusculair (IM) )	Eventueel het overschot dat aan de apotheker werd terugbezorgd: aantal ampullen/flacons

### 4. ANDERE GERAADPLEEGDE personen of instantie(s) indien van toepassing

*Gelieve maar éénmaal een bepaalde persoon te vermelden, ongeacht het aantal "consultaties".*

**Gelieve hier GEEN artsen te vermelden die advies gaven in het kader van het euthanasieverzoek.**

Naam:

Voorna(a)m(en):

Woonplaats (volledig adres):

**Hoedanigheid \*:**

Datum van raadpleging: ...../...../.....

Naam:

Voorna(a)m(en):

Woonplaats (volledig adres):

**Hoedanigheid \*:**

Datum van raadpleging: ...../...../.....

Naam:

Voorna(a)m(en):

Woonplaats (volledig adres):

**Hoedanigheid \*:**

Datum van raadpleging: ...../...../.....

Naam:

Voorna(a)m(en):

Woonplaats (volledig adres):

**Hoedanigheid \*:**

Datum van raadpleging: ...../...../.....

## 5. DIAGNOSE

**(OPGELET: in dit kader niet het lijden/ symptomen vermelden dat voortkomt uit de aandoening(en))**

**Omschrijf in enkele zinnen de precieze medische aandoening(en) en de ernst hiervan: ernstige en ongeneeslijk, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening (en) die aan de basis ligt van het euthanasieverzoek van de patiënt: \***

### **OM VERWARRING TE VERMIJDEN**

Overeenkomstig de wet betreffende de euthanasie wordt in het registratieformulier een onderscheid gemaakt tussen de euthanasie uitgevoerd op basis van een actueel verzoek om euthanasie en euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring.

**Als de patiënt:**

- bij **bewustzijn** is
- **in staat is om zijn verzoek te uiten** en
- zich in een medische toestand bevindt waarin aan alle voorwaarden die bij wet zijn vastgelegd is voldaan  
*(medisch uitzichtloze toestand en aanhoudend en ondraaglijk fysiek en/of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening)*

**Dan** betreft het een

#### **EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN ACTUEEL VERZOEK**

**Het verzoek dient bevestigd te worden in een schriftelijk document** (zelfs als er vooraf een wilsverklaring inzake euthanasie werd opgesteld) en blijft geldig gedurende de hele tijdsspanne die nodig is voor het uitvoeren van de euthanasie, zelfs indien de patiënt, nadat hij zijn verzoek tot euthanasie heeft geuit, beland is in een toestand van bewusteloosheid.

*In dit geval dienen punten 6 tot en met 11 van het registratie-document te worden ingevuld.*

**Als de patiënt:**

- **niet in staat is om zijn verzoek te uiten omdat hij onomkeerbaar buiten bewustzijn is** (bv: coma of persisterende vegetatieve status)
- zich in een medische toestand bevindt waarin aan alle voorwaarden die bij wet zijn vastgelegd is voldaan *(onomkeerbaar buiten bewustzijn volgens de stand van de wetenschap en ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening)*; en
- **een wilsverklaring heeft opgesteld volgens het model waarin de wet voorziet** *(twee verplichte getuigen, facultatieve aanwijzing van een vertrouwenspersoon, enz.)*

**Dan** betreft het een

#### **EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN VOORAFGAANDE WILSVERKLARING**

*In dit geval dienen punten 12 tot en met 17 van het registratie-document te worden ingevuld.*

**Euthanasie op basis van een ACTUEEL VERZOEK**  
**Patiënt is bij bewustzijn en in staat om zijn verzoek te uiten**

**6. FYSIEK en/of PSYCHISCH LIJDEN**

**Aard en beschrijving van het AANHOUDEND en ONDRAAGLIJK lijden \***

Omschrijf het FYSIEK en/of PSYCHISCH aanhoudend en ondraaglijk lijden uitgedrukt door de patiënt dat voortkomt uit deze aandoening(en)

FYSIEK lijden:

En/of PSYCHISCH lijden:

**NIET GELENIGD aspect van het lijden \***

Omschrijf in enkele zinnen de REDENEN (objectieve en subjectieve) waarom dit lijden NIET GELENIGD KON WORDEN ( onder andere het behandelingstraject)

**7. VERZOEK TOT EUTHANASIE van de patiënt**

**Verzoek OVERWOGEN, HERHAALD, VRIJWILLIG en ZONDER EXTERNE DRUK**

**Wat heeft u ervan overtuigd dat het verzoek van uw patiënt overwogen, herhaald, vrijwillig en zonder druk was? \*(gelieve voldoende elementen te bezorgen en niet te antwoorden met "ja")**

**HET OPSTELLEN van het schriftelijk verzoek**

Was het verzoek tot euthanasie **op schrift gesteld**? \*

- Ja  
 Nee, waarom?:

**Datum** van het schriftelijk actueel verzoek \*: ...../...../.....

**DOOR WIE werd het schriftelijk verzoek opgesteld?**

Werd het schriftelijk verzoek opgesteld en getekend **door de patiënt**? \*

- Ja  
 Nee

Indien nee: Werd in dit geval het verzoek op schrift gesteld **door een meerderjarige persoon** gekozen door de patiënt? (omdat de patiënt niet meer fysiek in staat was dit zelf te doen en deze persoon heeft geen materieel belang bij de dood van de patiënt.) Werden de redenen waarom de patiënt niet in staat was zijn verzoek op schrift te stellen en te tekenen in het verzoek genoteerd? Werd het verzoek op schrift gesteld door een derde in het bijzijn van de arts? \*

- Ja  
 Nee, waarom?:

## 8. PROCEDURE gevolgd door de arts

Heeft u uw patiënt over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachtingen geïnformeerd?\*

- Ja, eventuele opmerking :
- Nee, waarom?:

Heeft u een overleg gehad met de patiënt m.b.t. het verzoek tot euthanasie? \*

- Ja, eventuele opmerking :
- Nee, waarom?:

Heeft u uw patiënt over de resterende therapeutische mogelijkheden en gevolgen geïnformeerd? \*

- Ja, eventuele opmerking :
- Nee, waarom?:

Heeft u uw patiënt geïnformeerd over palliatieve zorg (indien van toepassing) en de consequenties? \*

- Ja, eventuele opmerking :
- Nee, waarom?:

(gelieve de **beide** kolommen aan te vullen)

Heeft u het verzoek om euthanasie met het verplegend team (indien bestaande) of leden van dat team besproken? \*

- Ja, eventuele opmerking :
- Nee, waarom?:

Heeft u het verzoek, indien de patiënt dat wenst, met de aangewezen naasten besproken? \*

- Ja, eventuele opmerking :
- Nee, waarom?:

Heeft de patiënt het verzoek om euthanasie kunnen bespreken met de personen die hij wenste te ontmoeten? \*

- Ja, eventuele opmerking :
- Nee, waarom?:

Is het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten (verzoek, advies,...) opgetekend in het medisch dossier? \*

- Ja, eventuele opmerking :
- Nee, waarom?:

## 9. TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN

De te verwachten termijn van overlijden\*:

- BINNEN afzienbare termijn (binnen de komende weken of maanden)
- NIET binnen afzienbare termijn

## 10. ONAFHANKELIJK VERPLICHT GERAADPLEEGDE ARTS(EN) die een advies gaf/gaven in het kader van het verzoek om euthanasie

**Naam** \*:

Voorna(a)m(en) \*:

Woonplaats (volledig adres)\*:

Registratienummer RIZIV<sup>2</sup> \*:

Hoedanigheid\*

- Huisarts
- Psychiater
- Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)

**Preciseer:**

Datum van raadpleging \*: ...../...../.....

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

- LEIF/EOL<sup>3</sup>
- Palliatieve zorg

<sup>2</sup> Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".  
<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/paginas/zorgverlener-zoeken.aspx>

<sup>3</sup> LEIF/EOL = opleiding i.v.m. de problematiek van euthanasie en beslissingen omtrent het levenseinde  
<https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>

## ADVIES van de geraadpleegde arts (in elk geval verplicht)

**Wat zegt de eerste geraadpleegde arts over het ernstig en ongeneeslijk karakter van de AANDOENING?** \* Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

**Wat zegt de eerste geraadpleegde arts over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het LIJDEN?** \* Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.

Indien de patiënt **NIET** binnen afzienbare termijn zal overlijden, **TWEDE geraadpleegde arts, psychiater of specialist in de aandoening, die een advies gaf in het kader van het verzoek om euthanasie**

**Naam \*:**

Voorna(a)m(en) \*:

Woonplaats (volledig adres)\*:

Registratienummer RIZIV<sup>4</sup> \*:

Hoedanigheid\*

- Psychiater
- Huisarts
- Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)

**Preciseer:**

Datum van raadpleging \*: ...../...../.....

Heeft deze tweede geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

- LEIF/EOL
- Palliatieve zorg

<sup>4</sup> Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".  
<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/paginas/zorgverlener-zoeken.aspx>

**ADVIES tweede arts, psychiater of specialist in de aandoening in kwestie**

**Wat zegt de tweede geraadpleegde arts over het aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het LIJDEN? \*** *Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.*

**Wat zegt de tweede geraadpleegde arts over het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek: \*** *Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag toe van de geraadpleegde arts.*

**11. BIJKOMENDE INLICHTINGEN die men wenst te bezorgen**

**DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS**

## EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN WILSVERKLARING

Patiënt is niet in staat om zijn verzoek te uiten omdat hij onomkeerbaar buiten bewustzijn was

**Opgelet:** als de patiënt bij bewustzijn was en in staat was om zijn verzoek te uiten, werd de euthanasie op basis van een actueel verzoek uitgevoerd, zelfs als er op voorhand een wilsverklaring inzake euthanasie werd opgesteld.

⇒ (ga terug naar punt 6)

### 12. BEWUSTELOZE TOESTAND

De **BEWUSTELOZE TOESTAND** van de patiënt(e) was onomkeerbaar\*

- Ja, eventuele opmerking:  
 Nee, vul de punten 6 tem 11 aan (actueel verzoek)

### 13. TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN

De te verwachten termijn van overlijden\*:

- BINNEN afzienbare termijn (binnen de komende weken of maanden)  
 NIET binnen afzienbare termijn

### 14. WILSVERKLARING

Bestaat er een opgemaakte **VOORAFGAANDE WILSVERKLARING** overeenkomstig de wet van 28 mei 2002 (twee verplichte getuigen, eventuele aanduiding van een vertrouwenspersoon, ...)? \*

- Ja, eventuele opmerking  
**Datum** van de wilsverklaring \*: ...../...../.....
- Nee, vul de punten 6 tem 11 aan (actueel verzoek blijft geldig, zelfs indien de patiënt tijdens het proces plots in een onomkeerbare bewusteloosheid zou belanden)

### 15. De eventueel aangeduide **VERTROUWENSPERSO(O)N(EN)**

**Naam van de 1<sup>ste</sup> vertrouwenspersoon** \*:

**Naam van de 2<sup>de</sup> vertrouwenspersoon** \*:

Voorna(a)m(en) \*:

Voorna(a)m(en) \*:

Datum van raadpleging \*: ...../...../.....

Datum van raadpleging \*: ...../...../.....

### 16. PROCEDURE

Heeft u het verzoek om euthanasie met de eventueel aangeduide vertrouwensperso(o)n(en) besproken?\*

- Ja, eventuele opmerking:  
 Nee, waarom:

Heeft u de inhoud van de wilsverklaring met de leden van het verplegend team (indien bestaande) of leden van dat team besproken?\*

- Ja, eventuele opmerking:  
 Nee, waarom:

(gelieve de **beide** kolommen aan te vullen)

Heeft u de inhoud van de wilsverklaring met de naasten van de patiënt, aangeduid door de vertrouwenspersoon, besproken? \*

- Ja, eventuele opmerking:  
 Nee, waarom:

Is het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten (wilsverklaring, advies,...) opgetekend in het medisch dossier? \*

- Ja, eventuele opmerking:  
 Nee, waarom:

### 17. ONAFHANKELIJK VERPLICHT GERAADPLEEGDE ARTS die een advies gaf in het kader van het verzoek om euthanasie

**Naam** \*:

Voorna(a)m(en) \*:

Woonplaats (volledig adres)\*:



Registratienummer RIZIV<sup>5</sup> \*:

Hoedanigheid\*

- Huisarts
- Psychiater
- Andere specialiteit (hier geen specialisatie in LEIF/EOL of Palliatieve zorg vermelden)

**Preciseer:**

Datum van raadpleging \*: ...../...../.....

Heeft deze geraadpleegde arts een bijkomende opleiding gevolgd?

- LEIF/EOL<sup>6</sup>
- Palliatieve zorg

#### **ADVIES van de geraadpleegde arts**

**Wat zegt de geraadpleegde arts over de ONOMKEERBARE medische toestand? \***

*Omschrijf in enkele zinnen, kopieer of voeg hier het verslag van de geraadpleegde arts toe.*

#### **18. BIJKOMENDE INLICHTINGEN die men wenst te bezorgen**

### **DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS**

<sup>5</sup> Indien u dit nummer niet kan u dit terugvinden via de site van het RIZIV via "Webtoepassingen" - "Een zorgverlener zoeken".  
<https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/paginas/zorgverlener-zoeken.aspx>

<sup>6</sup> LEIF/EOL = opleiding i.v.m. de problematiek van euthanasie en beslissingen omtrent het levenseinde  
<https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>