

# BLANKET TIL ÆNDRING ELLER TILBAGEKALDELSE AF LIVSTESTAMENTE

CPR-NUMMER: \_\_\_\_\_

NAVN: \_\_\_\_\_

GADE: \_\_\_\_\_

POSTNR./BY: \_\_\_\_\_

DATO: \_\_\_\_\_

## Ved ændring af Livstestamente

Sæt kryds – ved punkt 1, punkt 2 eller begge steder:

1.  Jeg ønsker ikke livsforlængende behandling, hvis jeg er i en situation, hvor jeg er uafvendeligt døende.
2.  Jeg ønsker ikke livsforlængende behandling i en situation, hvor jeg ligger hjælpeløs hen uden håb om bedring, hvor sygdom, fremskreden alderdomssvækkelse, ulykke, hjertestop eller lignende har medført så svær invaliditet, at jeg varigt vil være ude af stand til at tage vare på mig selv fysisk og mentalt.

## Ved tilbagekaldelse af Livstestamente

Sæt kryds:

- Jeg ønsker at tilbagekalde mit Livstestamente

Underskrift:

---

Den underskrevne papirformular med afkrydsning(er) lægges i kuvert og sendes til:

Livstestamenteregisteret  
Sundhedsdatastyrelsen  
Ørestads Boulevard 5  
2300 København S

Eller indscannes og sendes til: sikkerpost\_lob@sundhedsdata.dk