

Volmacht medische beslissingen

In dit document schrijft u op wie namens u beslissingen mag nemen over uw medische behandeling als u dat zelf niet meer kunt.

Naam volmachtgever:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Als ik mijn wensen over medische zorg niet meer goed kan aangeven, geef ik de hieronder genoemde persoon de bevoegdheid om in mijn plaats te beslissen en mijn belangen te behartigen:

Naam gemachtigde 1:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer:

Relatie tot volmachtgever:

Handtekening:

Indien deze persoon niet beschikbaar is, is dit mijn vervangend gevolmachtigde:

Naam gemachtigde 2:

Geboortedatum:

Adres:

Telefoonnummer:

Relatie tot volmachtgever:

Handtekening:

Inhoud van de volmacht

De gemachtigde is bevoegd om namens ondergetekende medische beslissingen te nemen indien ondergetekende zelf niet in staat is om zijn wil kenbaar te maken. Dit betreft onder meer:

- Het geven van toestemming voor of weigeren van medische behandelingen;
- Het inzien van medische dossiers;
- Het maken van keuzes met betrekking tot verpleging, verzorging en opname in een zorginstelling;
- Het overleg voeren met artsen en andere zorgverleners.

Ingang van de volmacht

Deze volmacht treedt in werking zodra ondergetekende naar het oordeel van een arts niet (meer) in staat is om zelf medische beslissingen te nemen.

Intrekken verklaring

Ik weet dat ik deze verklaring altijd kan intrekken. Maar alleen als ik op dat moment nog beslissingen kan nemen.

Weloverwogen

Ik begrijp wat de gevolgen kunnen zijn van deze wilsverklaring en heb hier goed over nagedacht.

Ondertekening

Datum:

Plaats:

Handtekening: