

# Medische volmacht

Met deze verklaring richt ik mij tot iedereen die bij mijn medische behandeling of verzorging betrokken zal zijn voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven.

Achternaam (zoals vermeld in uw paspoort):

Voornamen:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

**Hierbij verleen ik medische volmacht aan onderstaande personen.** Zij zullen als zorgvertegenwoordiger voor mij optreden in situaties waarin ik zelf niet meer voldoende in staat ben om mijn wensen te uiten en medische beslissingen te nemen. Mijn zorgvertegenwoordiger is dan bevoegd om mijn belangen als patiënt te behartigen in de behandelingsrelatie met hulpverleners.

Mijn zorgvertegenwoordiger mag namens mij beslissen over het al dan niet aanvangen met, wijzigen van, doorgaan met of stoppen van een voorgenomen onderzoek of een voorgestelde behandeling. Hierbij worden mijn wensen (zoals opgenomen in wilsverklaringen) in acht genomen.

Ik geef mijn behandelende artsen en andere hulpverleners toestemming om aan mijn zorgvertegenwoordiger medische inlichtingen te verstrekken over mij en inzage in of een afschrift te geven van mijn medische gegevens of mijn medisch dossier (ook na mijn overlijden).

## **Zorgvertegenwoordiger:**

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Relatie tot mij:

## **Plaatsvervangend zorgvertegenwoordiger:**

Naam:

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Relatie tot mij:

### **Ondertekening**

Door deze medische volmacht te ondertekenen, herroep ik alle eventuele eerder door mij soortgelijke ondertekende verklaringen. Deze volmacht kan op ieder moment door mij herroepen worden.

Datum:

Plaats:

Handtekening: