

Volmacht

inzake medische besluitvorming en beslissingen

Naam: _____

Geboortedatum:

_____ - _____ - _____

Gevolgmachtigde

In deze volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen wijs ik als mijn gevolgmachtigde aan:

Naam:

Straat:

Woonplaats:

Tel. Nr.:

Geboortedatum:

_____ - _____ - _____

U bent vrij hieronder nog een plaatsvervangend gevolgmachtigde aan te wijzen.

In deze volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen wijs ik als mijn plaatsvervangend gevolgmachtigde aan:

Naam:

Straat:

Woonplaats:

Tel. Nr.:

Geboortedatum:

_____ - _____ - _____

Mijn gevolmachtigde zal, wanneer ik dat zelf niet meer kan, mijn belangen op medisch gebied volledig behartigen en daarbij de verwezenlijking van de door mijn ingevulde en ondertekende wilsverklaringen nastreven. In dat geval zal mijn gevolmachtigde mijn wilsverklaringen onder de aandacht brengen van mijn behandelend arts(en).

Opheffing geheimhoudingsplicht

Ik geef mijn behandelend arts(en) uitdrukkelijk toestemming om aan mijn (plaatsvervangend) gevolmachtigde: • Medische inlichtingen te verstrekken, en • Inzage in of een afschrift te geven van mijn medische gegevens of mijn medisch dossier.

Herroepen van eerdere machtiging(en)

Door deze volmacht te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke machtigingen.

Ondertekening

Ik heb deze volmacht zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd, en ik ben bij de ondertekening ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.

Datum:

_____ - _____ - _____

Plaats:

Handtekening: