

## Volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen

In deze verklaring leg ik

Naam: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

onderstaande personen als gevolmachtigden vast

Deze personen wijs ik aan om, met inachtneming van mijn wensen (zoals opgenomen in mijn wilsverklaringen), als gevolmachtigde op te treden over het nemen van medische beslissingen.

Deze gevolmachtigdenverklaring zal in werking treden in situaties waarin ik zelf niet meer (voldoende) in staat ben om mijn wensen en beslissingen op medisch terrein op een heldere en samenhangende wijze te uiten.

### **Gevolmachtigde 1**

Naam: \_\_\_\_\_

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

### **Gevolmachtigde 2**

Naam: \_\_\_\_\_

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

### **Ondertekening**

Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_