**Medische Volmacht**

Ik, ondergetekende,

**[Voornamen- en achternaam]**,

………………………………………………………………………………………………………..

geboren op **[geboortedatum]**,

……………………………………………………….

te **[geboorteplaats]**,

…………………………………………………………………………………………………………

verklaar hierbij dat ik:

* **[Naam 1e gevolmachtigde],**

**…………………………………………………………………………………………………..**

geboren op **[geboortedatum gevolmachtigde],**

**………………………………………………………**

te **[geboorteplaats gevolmachtigde],**

**…………………………………………………………………………………………………...**

woonachtig op **[adres gevolmachtigde],**

**…………………………………………………………………………………………………...**[Mobiel nummer]

06 **- …………………………………………………..**

*(U kunt meerdere personen tot gevolmachtigde benoemen)*

* **[Naam eventuele 2e gevolmachtigde],**

**…………………………………………………………………………………………………..**

geboren op **[geboortedatum gevolmachtigde],**

**………………………………………………………**

te **[geboorteplaats gevolmachtigde],**

**…………………………………………………………………………………………………...**

woonachtig op **[adres gevolmachtigde],**

**…………………………………………………………………………………………………...**[Mobiel nummer]

* 06 **- …………………………………………………..**

machtig om namens mij medische beslissingen te nemen **indien ik zelf (tijdelijk of blijvend) niet in staat ben mijn wil kenbaar te maken.**De gevolmachtigde mag in overleg met artsen beslissingen nemen over onderzoek, behandeling, opname of het beëindigen of achterwege laten van medische handelingen, op basis van mijn eerder kenbaar gemaakte wensen.

Ik geef hiermee toestemming aan artsen en zorgverleners om deze perso(o)n(en) als mijn vertegenwoordiger te erkennen en de medische informatie met hem/haar te delen, zolang ik zelf wilsonbekwaam ben.

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

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

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

Handtekening 1e gevolmachtigde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening 2e gevolmachtigde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Laat deze verklaring opnemen in uw medisch dossier bij de huisarts. Bewaar ook zelf een kopie op een goede vindbare plek en/of bij uw levenstestament en bespreek het met uw gevolmachtigde en uw naasten. U kunt deze volmacht op elke moment wijzigen of intrekken. De documenten worden zowel in uw dossier als in een aparte map bewaard.*