

# Volmacht

## inzake medische besluitvorming en beslissingen

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

**Naam:**

---

**Geboortedatum:**

**Geboorteplaats:**

---

### 1. Gevolmachtigde

Ik wijs aan als mijn gevolmachtigde inzake medische besluitvorming en beslissingen:

**Naam:**

---

**Straat:**

**Woonplaats:**

---

**Telefoonnummer:**

---

**Geboortedatum:**

**Geboorteplaats:**

---

### 2. plaatsvervangend volmachtigde (niet verplicht)

Ik wijs aan als mijn plaatsvervangende gevolmachtigde inzake medische besluitvorming en beslissingen:

**Naam:**

---

**Straat:**

**Woonplaats:**

---

**Telefoonnummer:**

---

**Geboortedatum:**

**Geboorteplaats:**

---

**Mijn gevolmachtigde:**

- Vertelt de arts wat voor mij belangrijk is als ik dat zelf niet meer kan vertellen.
- Laat artsen mijn wilsverklaring zien.
- Maakt keuzes namens mij over mijn medische behandeling en gaat daarbij uit van mijn wensen.
- Betreft mij zoveel mogelijk bij de te nemen en genomen beslissingen.

**Artsen en hulpverleners mogen mijn gevolmachtigde alle informatie geven die nodig is.**  
Dit geldt ook voor de informatie uit mijn medisch dossier en ook nadat ik ben overleden.

**Ik weet dat ik deze verklaring altijd kan intrekken**

Dat kan op papier of mondeling. Maar alleen als ik op dat moment nog beslissingen kan nemen.

**Ik heb uitleg gekregen over deze verklaring**

Ik begrijp wat de gevolgen kunnen zijn van deze wilsverklaring. En ik heb er goed over nagedacht.

**Datum:**

**Plaats:**

---

**Handtekening:**

---