

# Volmacht

## Inzake medische besluitvorming en beslissingen

**Naam:** \_\_\_\_\_  
**Geboortedatum:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
**Geboorteplaats:** \_\_\_\_\_

### 1. Uitgangspunten

Op het moment dat ik dat zelf niet meer kan, wil ik dat mijn belangen op medisch gebied volledig behartigd worden door mijn gevolmachtigde.

### 2. Gevolmachtigde

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

**Naam:** \_\_\_\_\_  
**Straat:** \_\_\_\_\_  
**Woonplaats:** \_\_\_\_\_  
**Telefoonnummer:** \_\_\_\_\_  
**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_  
**Geboorteplaats:** \_\_\_\_\_

### 3. Plaatsvervangend gevolmachtigde

Ik wij aan als mijn plaatsvervangend gevolmachtigde inzake medische besluitvorming en beslissingen:

**Naam:** \_\_\_\_\_  
**Straat:** \_\_\_\_\_  
**Woonplaats:** \_\_\_\_\_  
**Telefoonnummer:** \_\_\_\_\_  
**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_  
**Geboorteplaats:** \_\_\_\_\_

#### **4. Taak volmachtigde**

Mijn gevolmachtigde zal, wanneer ik dat zelf niet meer kan, mijn belangen op medisch gebied volledig behartigen en daarbij streven naar verwezenlijking van de door mij ingevulde en ondertekende wilsverklaringen.

In dat verband zal mijn gevolmachtigde mijn wilsverklaring onder de aandacht brengen van mijn behandelend arts en ervoor zorg dragen dat deze door mijn arts serieus zullen worden beoordeeld en zo mogelijk ingewilligd. Ook zal mijn gevolmachtigde ervoor zorg dragen dat het in de wilsverklaringen opgenomen behandelverbod zal worden gerespecteerd.

#### **5. Opheffing geheimhoudingsplicht**

Ik geeft mijn behandelend arts en/of andere medische hulpverleners uitdrukkelijk toestemming om aan mijn (plaatsvervangend) gevolmachtigde medische inlichtingen te geven, en tevens inzage in o een afschrift van mijn medische gegevens of mijn medisch dossier (ook na mijn overlijden).

#### **6. Naleving van het behandelverbod**

Wanneer het in mijn wilsverklaring opgenomen behandelverbod zonder goede redenen niet wordt nageleefd, verzoek ik mijn gevolmachtigde te bewerkstelligen – zo nodig met juridische middelen – dat dit behandelverbod wordt geëerbiedigd en nageleefd, en verleen ik hem/haar daartoe uitdrukkelijk en onherroepelijk volmacht.

#### **7. Geldigheid van de volmacht**

Deze volmacht heeft rechtskracht en geldt uitdrukkelijk als een geldige en door de wet erkende schriftelijke verklaring van mij voor het geval ik later door welke oorzaak dan ook niet meer kan beslissen over mijn medische situatie.

#### **8. Ondertekening**

Ik heb deze volmacht zorgvuldig overwogen, ik heb mij daarover goed geïnformeerd en ik ben op het moment van ondertekening in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogen. Door deze volmacht te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen.

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

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