

Medische Volmacht

Hierbij verleen ik (voornaam, achternaam), geboren te (geboorteplaats) op (geboortedatum), thans wonende te (adres) een medische volmacht aan (voornamen, achternaam), geboren te (geboorteplaats) op (geboortedatum), thans wonende te (adres). Ik herroep de medische volmachten die ik eventueel voor heden heb verleend.

Mijn gevolmachtigde is bevoegd om mijn belangen als patiënt te behartigen in de behandelingsrelatie met hulpverleners. Indien ik niet meer in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van mijn belangen, is mijn gevolmachtigde bevoegd om in mijn plaats op te treden. De verplichtingen die voor een hulpverlener uit de wet jegens mij als patiënt voortvloeien, moeten door de hulpverlener dan worden nagekomen jegens mijn gevolmachtigde.

Mijn gevolmachtigde mag namens mij beslissen over het al dan niet aanvangen met, wijzigen van, doorgaan met of staken van een voorgenomen onderzoek of een voorgestelde behandeling. Ik wil bij dergelijke beslissingen zoveel mogelijk worden betrokken. De volmacht ziet ook op paramedische aangelegenheden en beslissingen over plaatsing in en overplaatsing van en naar medische en/of verzorgingsinstellingen.

Ik geef mijn behandelende artsen en andere hulpverleners toestemming om aan mijn gevolmachtigde medische inlichtingen te verstrekken over mij en inzage in of een afschrift te geven van mijn medische gegevens of mijn medisch dossier (ook na mijn overlijden).

Getekend te (plaats) op (datum),
(je handtekening)