

Volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen

In deze verklaring leg ik, geboren in op
en wonende in, 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 en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Gevolmachtigde 2

Naam:

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Geldigheid

Door deze wilsverklaring te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij soortgelijke ondertekende verklaringen. Deze wilsverklaring kan op ieder moment door mij herroepen worden.

Datum:

Plaats:

Handtekening: