Volmacht

Inzake medische besluitvorming en beslissingen

**Naam:**

**Geboortedatum**: **Geboorteplaats:**

In deze volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen wijs ik als mijn **gevolmachtigde** aan:

Naam --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Straat --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Woonplaats -------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Telefoonnummer -------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geboortedatum en –plaats -------------------------------------------------------------------------------------------

*U bent vrij hieronder nog een plaatsvervangend gevolmachtigde aan te wijzen*

In deze volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen wijs ik als **plaatsvervangend gevolmachtigde** aan:

Naam --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Straat --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Woonplaats -------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Telefoonnummer -------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geboortedatum en –plaats -------------------------------------------------------------------------------------------

Mijn gevolmachtigde zal, wanneer ik dat zelf niet meer kan, mijn belangen op medisch gebeid volledig behartigen en daarbij de verwezenlijking van de door mij ingevulde en ondertekende wilsverklaringen door mijn behandelend arts(en) nastreven.

In dat verband zal mijn gevolmachtigde mijn wilsverklaringen onder de aandacht brengen van mijn behandelend arts(en) en ervoor zorgdragen dat mijn verzoek om levensbeëindiging door mijn arts serieus zal worden beoordeeld en zo mogelijk ingewilligd en het in de wilsverklaringen opgenomen behandelverbod zal worden gerespecteerd.

**Opheffing geheimhoudingsplicht**

Ik geef mijn behandelend arts en/of andere medische hulpverleners uitdrukkelijk toestemming om aan mijn (plaatsvervangend) gevolmachtigde:

* Medische inlichtingen te verstrekken, en
* Inzage in of een afschrift te geven van mijn medische gegevens of mijn medisch dossier (ook na mijn overlijden).

**Naleving van het behandelverbod**

Wanneer het in de wilsverklaring(en) opgenomen behandelverbod (of ‘onthouden van toestemming’) zonder goede redenen niet wordt nageleefd, verzoek ik mijn gevolmachtigde te bewerkstelligen – zo nodig met juridische middelen – dat mijn wilsverklaringen worden geëerbiedigd en het daarin opgenomen behandelverbod wordt nageleefd, en verleen ik hem daartoe uitdrukkelijk en onherroepelijk volmacht.

**Herroepen van eerdere verklaring(en)**

Door deze volmacht te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke verklaringen

**Ondertekening**

**Datum Plaats**

**Handtekening**

*Basis van de volmachtverlening in de wet:*

*Artikel 465 lid 3 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek:*

*Indien een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem niet het mentorschap is ingesteld, worden de verplichtingen, die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien, door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden (…)*