

VOLMACHT

Voor het geval ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, wijs ik als mijn gevolmachtigde op dat gebied aan:

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteplaats: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

En als plaatsvervangende gevolmachtigde:

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteplaats: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

De bedoeling van deze volmacht is het aanwijzen van een persoon die:

- in mijn plaats mijn belangen kan behartigen wanneer ik dat op medisch gebied niet meer zelf kan,
- in mijn plaats kan zorgen dat mijn behandelverbod wordt nageleefd wanneer ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven en tevens in een, in deze verklaring aangegeven toestand, ben gekomen.

Naam: _____

Handtekening: _____

Datum: _____