

Volmacht

In deze verklaring leg ik

geboren in

geboren op

en wonende in

onderstaande personen als gevolmachtigden (vertegenwoordigers) vast. Deze personen wijs ik aan om, met inachtneming van mijn wensen, als gevolmachtigde op te treden omtrent medische beslissingen. Deze gevolmachtigdenverklaring zal in werking treden in situaties waarin ik niet meer (voldoende) zelf in staat zal zijn mijn wensen en beslissingen op medisch terrein op heldere en samenhangende wijze te uiten.

Naam:

Naam:

Geboorteplaats en datum:

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Telefoonnummer:

Plaats en datum:

Handtekening volmachtgever: