**Volmacht.**

**Naam:…………………………………………………………………………………………**

**Geboortedatum:……………………………..Geboorteplaats:…………………………**

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

**Naam:…………………………………………………………………………………………**

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

**Adres:…………………………………………………………………………………………**

**Telefoonnummer:……………………………………………………………………………**

En als plaatsvervangend gevolmachtigde:

**Naam:…………………………………………………………………………………………**

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

**Adres:…………………………………………………………………………………………**

**Telefoonnummer:……………………………………………………………………………**

**1.Bedoeling van deze volmacht.**

De aanwijzing van genoemde personen heeft tot doel dat zij:

A: [ ] in mijn plaats mijn belangen behartigen wanneer ik mijn wensen op medische gebied

 niet meer kan aangeven:

**Datum:……………………………..Handtekening:………………………………………**

B: [ ] in mijn plaats zorgen dat mijn behandelverbod wordt nageleefd wanneer ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven en tevens ben gekomen in de in die verklaring omschreven toestand:

**Datum:……………………………..Handtekening:………………………………………**

C: [ ] namens mij mijn euthanasieverklaring zo nodig ondersteunen bij mijn behandelend arts, wanneer ik mij zelf daarvoor niet meer kan uiten:

**Datum:……………………………..Handtekening:………………………………………**

**2.Mijn wensen op medisch gebied.**

Ik heb mijn gevolmachtigde(n) op de hoogte gebracht van mijn wensen op medisch gebied. Voor het geval er vragen rijzen over mijn behandelverbod of euthanasieverklaring, heb ik het volste vertrouwen dat zij die in mijn geest zullen antwoorden wanneer ik dat zelf niet meer kan.

**3.Toegang tot mijn medische gegevens of medische dossier.**

Ik geef mijn behandelend arts of andere medische hulpverleners toestemming (zoals bedoeld in artikel 457 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek) aan degene die als mijn gemachtigde optreedt medische inlichtingen over mij te verschaffen, en inzage in of afschrift te geven van mijn medische gegevens of mijn medische dossier.

**4.Opdrachten** (alleen als 1B is aangekruist en ondertekend).

Ik draag aan mijn gevolmachtigde (n) op te zorgen, zo nodig ook met juridische middelen, dat mijn behandelverbod wordt nageleefd. Daarmee bedoel ik dat een door mij niet gewilde medische activiteit zo mogelijk wordt voorkomen en anders onmiddellijk wordt beëindigd.

Het kan zijn dat behandeld arts mij ondanks mijn behandelverbod toch behandelt en zich daarbij beroept op “gegronde redenen”. In dat geval draag ik mijn gevolmachtigde (n) op te zorgen dat die redenen wel voldoende zijn om mijn weigering opzij te schuiven. Wanneer dat niet het geval is, dan wil ik dat de behandeling of verrichting meteen wordt stopgezet. Ook als dat mijn dood tot gevolg heeft.

Tevens draag ik mijn gevolmachtigde(n) op tegen iedereen die tegen mijn uitdrukkelijke wil een medische behandeling of verrichting op mij toepast, een klacht in te dienen bij de Inspecteur voor de Gezondheidszorg of het Regionaal Tuchtcollege en aangifte te doen. Dit laatste met het oog op de mogelijkheid deze behandelaar(s) strafrechtelijk te laten vervolgen.

**5.Herroeping.**

Hierbij herroep ik elke eerdere volmacht op medische gebied die ik heb ondertekend.

**6.Deponering.**

Een exemplaar van deze volmacht deponeer ik bij mijn (plaatsvervangend) gevolmachtigde en bij mijn behandelend arts.

**7.Ondertekening.**

**Datum:…………………………………….Plaats:…………………………………………**

**Handtekening:………………………………………………………………………………**