

VOLMACHT

Naam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Hierbij machtig ik in volgorde van voorkeur de hieronder genoemde personen om voor mij ten aanzien van medische en eventuele aanverwante aangelegenheden als zorgverstrekkingen, beslissingen te nemen wanneer ik zelf niet, of niet meer voldoende, in staat ben mij helder en consistent te uiten. Het is mijn wens dat zij zich daarbij laten leiden door mijn schriftelijke wilsverklaringen, waaronder mijn euthanasieverzoek en mijn behandelverbod annex niet-reanimerenverklaring. Via ondertekening van de onderhavige volmacht verklaren de onderstaande personen dat zij deze volmacht aanvaarden en zullen bevorderen dat mijn wilsverklaringen omtrent medische behandelingen en/of beslissingen en/of eventuele aanverwante gelegenheden worden gerespecteerd.

Naam gevolmachtigde 1:

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Getekend op: te

Handtekening:

Naam gevolmachtigde 2 (bij niet-beschikbaarheid gevolmachtigde 1):

Geboorteplaats en datum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Getekend op: te

Handtekening:

Bovengenoemde perso(o)n(en) verzoek ik mijn wilsverklaringen onder de aandacht van mijn behandelend arts te brengen en te bewerkstelligen dat in de geest van die verklaringen wordt gehandeld. Wanneer het in mijn wilsverklaringen opgenomen behandelverbod zonder goede redenen niet wordt nageleefd, machtig ik hierbij mijn gevolmachtigde(n) om zo nodig met juridische middelen te bewerkstelligen dat binnen de grenzen van de wet dit behandelverbod wordt nageleefd.

Plaats:

Datum:

Handtekening volmachtgever: