

VERSTREKKEN VAN EEN VOLMACHT

Inzake medische besluitvorming en beslissingen

Naam van de volmachtgever :

Geboren te : Geboortedatum :

Om te bevorderen dat mijn wilsverklaring omtrent medische besluitvormingen en beslissingen zal worden nageleefd wanneer ik zelf niet, of niet meer voldoende, in staat ben mij helder en consistent te uiten stel ik hierbij onderstaande personen aan als mijn gevolmachtigde(n):

Naam 1^e gevolmachtigde:

Geboortedatum en plaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Naam 2^e gevolmachtigde:

Geboortedatum en plaats:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:

Plaats en datum van ondertekening door volmachtgever :

Handtekening volmachtgever: