

Volmacht inzake medische beslissingen

Persoonlijke gegevens

Naam:	
Geboortedatum:	
Adres:	
BSN-nummer:	
Telefoonnummer	
Huisarts	

Na zorgvuldige overweging en bij mijn volle verstand verklaar ik:

Op het moment dat ik dat zelf niet meer kan, wil ik dat mijn belangen op medisch gebied volledig behartigd worden door mijn gevolmachtigde.

Gevolmachtigde

Naam:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
Geboortedatum:	
Relatie tot de patiënt:	

Plaatsvervangend gevolmachtigde

Naam:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
Geboortedatum:	
Relatie tot de patiënt:	

Plaats en datum:

Handtekening:

Proactieve zorgplanning / Wilsverklaring

Naam:

Adres:

Geboortedatum:

BSN- nummer:

Hierbij verklaar ik:

(aanvinken wat van toepassing is)

	<u>Wel</u> uitvoeren	<u>Niet</u> uitvoeren	Nog onbekend
Reanimatie	☐	☐	☐
Kunstmatige beademing	☐	☐	☐

Opname in het ziekenhuis	☐	☐	☐
Opname op de intensive care	☐	☐	☐

(aanvinken wat van toepassing is)

- ☐ Ik wil niet dat in acute situaties 112 gebeld wordt. Graag eerst de huisarts of de dokterswacht bellen.
- ☐ Ik wil niet onnodig lang in leven gehouden worden, als ik in coma ben geraakt.
- ☐ Ik wil geen levensverlengende handelingen ondergaan, als dit ten koste gaat van de kwaliteit van mijn leven.
- ☐ Ik heb een keuze orgaandonatie vastgelegd in het donorregister.

Aanvullingen?

.....

.....

.....

Plaats en datum:

Handtekening:

Met ondertekening van deze wilsverklaring geef ik toestemming aan mijn (huis)arts om de huisartsenpost en eventuele andere zorgverleners hierover te informeren. Zoals bij vervoer per ambulance, opname in een ziekenhuis, verzorgingshuis of verpleeghuis.

☐ Indien **niet** akkoord graag aanvinken.