

Huisartsenpraktijk Wormerveer
Stationsstraat 7
1521 DT Wormerveer

Betreft: Benoeming medisch gemachtigde

Wanneer ik niet meer mijn eigen medische beslissingen kan nemen, wil ik graag dat mijn gemachtigde dat voor mij doet*

Met dit formulier geef ik aan wie mijn gemachtigde (of 'vertegenwoordiger') is. Hij/zij mag mij vertegenwoordigen als het gaat over medische beslissingen. Er moet dan nog steeds zoveel mogelijk rekening gehouden worden met mijn wensen.

Mijn gegevens

Initialen:

Achternaam

(indien van toepassing ook meisjesnaam):

Geboortedatum:

Gegevens gemachtigde

Initialen:

Achternaam:

(indien van toepassing ook meisjesnaam)

Relatie tot patiënt:

Geboortedatum:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Plaats en datum van ondertekenen:

Mijn handtekening

.....

Handtekening gemachtigde

.....