

VOLMACHT

Naam: _____

Geb.datum: _____ Geb.plaats: _____

Verklaar dat, indien ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, wijs ik aan als gevolmachtigde op dat gebied:

Naam: _____

Geboren: _____ te: _____

Adres: _____

Tel: _____

Als plaats vervangend gevolmachtigde:

Naam: _____

Geboren: _____ te: _____

Adres: _____

Tel: _____

De aanwijzing van genoemde personen heeft tot doel dat zij:

In mijn plaats mijn belangen behartigen wanneer ik mijn wensen op medisch gebied niet meer kan aangeven, zorg te dragen dat mijn behandelverbod wordt nageleefd en namens mij mijn euthanasie verklaring ondersteunen bij de mij behandelend arts indien ikzelf daartoe niet meer bij machte ben.

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____