**Machtiging: Volmacht voor een Vertegenwoordiger**

**Wilsverklaring en vertegenwoordiging bij het levenseinde** Een wilsverklaring legt uw wensen omtrent het levenseinde vast voor situaties waarin u zelf niet meer kunt beslissen of communiceren (bijvoorbeeld door bewusteloosheid of dementie). Het is cruciaal dat uw verklaring helder en volledig is, aangezien u later geen verduidelijking meer kunt geven. U kunt persoonlijke aanvullingen toevoegen om uw wensen verder te verduidelijken.

Daarnaast is het belangrijk om iemand aan te wijzen als uw vertegenwoordiger. Hoewel de wet een volgorde van vertegenwoordigers aangeeft, kunt u zelf iemand machtigen met behulp van een formulier. Dit kan nuttig zijn als u bijvoorbeeld uw partner niet wilt belasten of een ander familielid wilt aanwijzen.

**Bespreking met huisarts** Na het invullen van uw verklaring is het raadzaam deze met uw huisarts te bespreken. Maak hiervoor een aparte afspraak om uw wensen door te nemen en te horen hoe uw arts hiertegenover staat. Geef de getekende verklaring aan uw huisarts voor uw medisch dossier en herhaal dit van tijd tot tijd om uw standpunt te bevestigen.

Zorg ervoor dat er exemplaren van uw verklaring zijn voor uzelf, uw huisarts, uw vertegenwoordiger en eventueel uw specialist. Zo is iedereen op de hoogte van uw wensen.

**Algemene informatie over een machtiging** Wanneer u zelf niet meer in staat bent om te overleggen over uw medische toestand, is het van belang dat uw vertegenwoordiger uw wilsverklaring onder de aandacht van de arts brengt en samen overlegt. De wet bepaalt wie u mag vertegenwoordigen in de volgende volgorde:

1. Curator of mentor
2. Schriftelijke gevolmachtigde
3. Partner (echtgenoot/echtgenote of levenspartner)
4. Ouders of kinderen
5. Broers of zussen

Hoewel een volmacht niet verplicht is, kan het nuttig zijn als u bijvoorbeeld alleenstaand bent of uw partner niet wilt belasten. Houd er rekening mee dat een gevolmachtigde beslissingen mag nemen die mogelijk niet stroken met de mening van uw familie.

Als u iemand aanwijst, vult u diens gegevens in op het formulier. U kunt ook een plaatsvervanger opgeven, maar dit is niet verplicht.

**Aanvullende informatie**

• Thuisarts.nl: Levenseinde [Www.thuisarts.nl/levenseinde](http://Www.thuisarts.nl/levenseinde)

• Artikel & brochure: Levenseinde: praat op tijd met je dokter over wat je wil en of dat kan <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/tijdig-praten-over-hetlevenseinde.htm>

• Nederlandse vereniging voor veen vrijwillig levenseinde: <https://www.nvve.nl/>

## **Volmacht**

Inzake medische besluitvorming en beslissingen

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gevolmachtigde**

In deze volmacht inzake medische besluitvorming en beslissingen wijs ik als mijn gevolmachtigde aan:

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode en Woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*U bent vrij hieronder nog een plaatsvervangend gevolmachtigde aan te wijzen.*

In deze volmacht in zake medische besluitvorming en beslissingen wijs ik als mijn plaatsvervangende gevolmachtigde aan:

Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tel.nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Machtiging

Mijn gevolmachtigde zal, wanneer ik dat zelf niet meer kan, mijn belangen op medisch gebied volledig behartigen en daarbij de verwezenlijking van de door mijn ingevulde en ondertekende wilsverklaringen nastreven. In dat geval zal mijn gevolmachtigde mijn wilsverklaringen nastreven. In dat geval zal mijn gevolmachtigde mijn wilsverklaringen onder de aandacht brengen van mijn behandelend arts(en).

**Opheffing geheimhoudingsplicht**

Ik geef mijn behandelend arts(en) uitdrukkelijk toestemming om aan mijn (plaatsvervangend) gevolmachtigde: • Medische inlichtingen te verstrekken, en • Inzage in een afschrift te geven van mijn medische gegevens of mijn medisch dossier.

**Herroepen van eerdere machtiging(en)**

Door deze volmacht te ondertekenen herroep ik alle eventuele eerder door mij ondertekende soortgelijke machtigingen. Ondertekening Ik heb de volmacht zorgvuldig overwogen, heb mij daarover goed geïnformeerd, en ik ben bij de ondertekening ervan in het bezit van mijn volle verstandelijke vermogens.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening: