

Voorbeeld machtiging

Wanneer u de informatie uit deze folder goed begrijpt, kunt u zelf besluiten wie uw vertegenwoordiger mag zijn. U kunt dit invullen op het onderstaande machtigingsformulier. Wij adviseren u om dit te doen. Zo is het voor uw familieleden en het zorgteam duidelijk wie uw belangen mag behartigen als u dat zelf niet meer kunt. Als u het machtigingsformulier invult en afgeeft aan uw zorgverlener slaan wij dit op in uw dossier. Het machtigingsformulier bestaat uit twee onderdelen:

1. een schriftelijke machtiging voor vertegenwoordiging aangaande medische zaken,
2. een schriftelijke machtiging voor inzage in uw zorgdossier.

Uw vertegenwoordiger heeft automatisch recht op inzage in uw zorgdossier, maar u kunt daarnaast nog andere personen hiertoe machtigen. Als u dat wil kunt u dat op het onderstaande formulier aangeven.

1. Medische volmacht

Hierbij verleen ik (naam) _____
geboren te (geboorteplaats) _____
op (geboortedatum) _____

een **medische volmacht** aan (voornamen, achternaam) _____
geboren te (geboorteplaats) _____
op (geboortedatum) _____
op dit moment wonende te (adres, postcode, _____
woonplaats) _____

Mijn gevolmachtigde is bevoegd om mijn belangen als cliënt te behartigen in de behandelingsrelatie met zorgverleners. Indien ik niet meer in staat ben tot een redelijke waardering van mijn belangen ter zake, is mijn gevolmachtigde bevoegd om in mijn plaats op te treden. Mijn gevolmachtigde mag namens mij beslissen over alle zaken aangaande mijn **verpleging, verzorging, behandeling en begeleiding**. Ik wil bij dergelijke beslissingen zo veel mogelijk betrokken worden.

Mijn gevolmachtigde is

- WEL
 NIET

bevoegd om **na mijn overlijden inzage** te krijgen in mijn (medisch) zorgdossier of om daarvan een **afschrift** op te vragen.

Ik herroep de medische volmachten die ik eventueel eerder heb verleend.

Uw handtekening _____

Datum/plaats van ondertekening _____

2. Schriftelijke machtiging tot inzage recht in het zorgdossier

U hoeft dit niet in te vullen als u een vertegenwoordiger heeft. Uw vertegenwoordiger heeft automatisch recht op inzage in uw dossier voor het uitoefenen van zijn taak.

Hierbij verleen ik (naam) _____
geboren te (geboorteplaats) _____
op (geboortedatum) _____

Toestemming aan

(voornamen, achternaam) _____
geboren te (geboorteplaats) _____
op (geboortedatum) _____
Op dit moment wonende te (adres, postcode,
woonplaats) _____

Voor **inzage** in mijn (medisch) zorgdossier en voor het opvragen van een **afschrift** van mijn medisch dossier.

Deze toestemming is

WEL

NIET

geldig **na mijn overlijden**.

Uw handtekening _____

Datum / plaats van ondertekening _____