



Mijn identiteitsgegevens *

**verplicht in te vullen*

Naam:

Voorna(a)m(en):

Adres:

Rijksregisternummer:

Mijn persoonlijke waarden en opvattingen

Naast de uitdrukkelijke wilsverklaringen die volgen, wil ik dat altijd rekening wordt gehouden met de volgende waarden, opvattingen en levensbeschouwing die voor mij belangrijk zijn:

.....

.....

.....

Aanstelling van mijn vertegenwoordiger

AANWIJZING

Uw vertegenwoordiger kan niet uw arts, noch een medewerker zijn van de instelling waar u verblijft.

Tenzij het om een verwant gaat via het bloed, huwelijk of adoptie.

Ik, die onderteken, wijs de volgende persoon aan als mijn vertegenwoordiger voor het geval ik zelf niet in staat ben om beslissingen te nemen over de gezondheidszorgen die ik nodig heb of voor het geval ik zelf niet mijn rechten als patiënt kan uitoefenen:

Naam en voornaam van de vertegenwoordiger:

Adres:

Telefoonnummer:

Geboortedatum: Rijksregisternummer:

Hij/zij krijgt hiermee de toelating om in mijn plaats te beslissen welke medische zorgen voor mij gewenst zijn.

Hij /zij zal er tevens op toe zien dat mijn rechten als patiënt worden gerespecteerd. Dit alles vanaf het ogenblik dat ik hiertoe zelf niet meer in staat zal zijn.

Opgemaakt te Datum

Mijn handtekening:

AANVAARDING

Dhr./mevr. (naam en voornaam vertegenwoordiger) aanvaardt de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal naar best vermogen

..... (naam en voornaam van de aanwijzer) vertegenwoordigen, met eerbiediging van de wilsverklaringen verder opgenomen in dit document.

Opgemaakt te Datum

Handtekening vertegenwoordiger:

Opmerking: *Het is mogelijk om een tweede vertegenwoordiger aan te stellen voor het geval de eerste vertegenwoordiger niet beschikbaar is, om welke reden dan ook. Indien u dit wenst, vult u een 2de exemplaar van dit formulier in.*