

- Ik ondergetekende, (voornaam en naam patiënt), wijs hierbij de volgende persoon aan als mijn vertegenwoordiger indien ik zelf niet in staat ben om beslissingen te nemen over de aan mij te verstrekken gezondheidszorgen en niet zelf mijn rechten als patiënt kan uitoefenen.

▪ Identiteitsgegevens van de patiënt:

- Adres:
.....
- Telefoonnummer:
.....
- Geboortedatum:
.....

▪ Identiteitsgegevens van de vertegenwoordiger:

- Voornaam en naam:
.....
- Adres:
.....
- Telefoonnummer:
.....
- Geboortedatum:
.....

Opgemaakt te, op datum – Handtekening patiënt:

- Ik aanvaard de aanwijzing als vertegenwoordiger en zal ik naar best vermogen de patiënt vertegenwoordigen indien hij daar zelf niet toe in staat is.

Opgemaakt te, op datum – Handtekening vertegenwoordiger:

Aanbeveling:

1. Het is aangewezen dit formulier op te maken in 2 exemplaren. Een exemplaar kan bewaard worden door de vertegenwoordiger, een exemplaar kan bewaard worden door de patiënt en een kopie kan overgemaakt worden aan de huisarts of een andere arts gekozen door de patiënt:.....(te vervullen door de patiënt).

2. De aanwijzing van een vertegenwoordiger kan steeds herroepen worden, door een schriftelijke, gedateerde en ondertekende mededeling. Indien dit gebeurt, is het aangewezen dat alle personen die kennis kregen van de oorspronkelijke aanwijzing hiervan op de hoogte worden gebracht.