**CONCEPT MEDISCHE MACHTIGING**

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) -----------------------------------------------------

ID nummer -----------------------------------------------------

Een **medische volmacht** aan (voornamen, achternaam) -----------------------------------------------------

geboren te (geboorteplaats) -----------------------------------------------------

ID nummer -----------------------------------------------------

op dit moment wonende te (adres postcode, -----------------------------------------------------

woonplaats) -----------------------------------------------------

Mijn gevolmachtigde is bevoegd om mijn belangen als cliënt te behartigen in de behandelingsrelatie met de zorgverleners. Indien ik niet meer in staat ben tot een redelijke waardering van mijn belangen ter zake, is mijn beslissing 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 (medische) 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 (geboorte datum) ------------------------------------------------------

**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 ------------------------------------------------------