|  |
| --- |
| Cura Vera – de zorg die ú wilt |

**Wilsverklaring medische behandelbeperkingen WGBO bij wilsonbekwaamheid van:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | : | Man [ ]  Vrouw [ ]  |
| Voor- en achternaam | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Straat | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Postcode & plaats | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoonnummer | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboortedatum | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboorteplaats | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Plaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Handtekening: |  |

Indien ik niet meer mijn wil over mijn behandeling kan uiten, wijs ik de volgende wettelijke vertegenwoordigers aan om mijn wensen kenbaar te maken. Ik heb deze perso(o)n(en) tijdens mijn leven zo goed mogelijk kenbaar gemaakt wat mijn wensen zijn.

|  |
| --- |
| **Mijn eerste wettelijke vertegenwoordiger** |
| Voor- en achternaam | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboortedatum | : | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Geboorteplaats | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Plaats: | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | Handtekening: |  |

|  |
| --- |
| **Mijn tweede wettelijke vertegenwoordiger** |
| Voor- en achternaam | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboortedatum | : | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Geboorteplaats | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoon | : | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum: | Klik hier als u een datum wilt invoeren. | Plaats: |   | Handtekening: |  |

|  |
| --- |
| Nog eventuele derde personen (de naam of namen): |
| Klik hier als u tekst wilt invoeren. |