Informatie beëindiging vertegenwoordiging door vertegenwoordiger

U bent door een patiënt van MCL iemand via een schriftelijke machtiging aangewezen als zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger. U heeft deze vertegenwoordiging eerder aanvaard, door het machtigingsformulier samen met de patiënt te ondertekenen. Op het machtigingsformulier heeft de patiënt aangegeven welke bevoegdheden de patiënt aan u voor deze de vertegenwoordiging heeft toegekend.

- **Beëindiging vertegenwoordiging**
  U kunt op ieder moment uw vertegenwoordiging van de patiënt intrekken, door onderstaand formulier in te vullen en ondertekend aan MCL te verstrekken.

- **Consequenties beëindiging machtiging vertegenwoordiging**
  Wanneer u de eerder geaccepteerde vertegenwoordiging beëindigt, heeft dat tot gevolg dat u niet langer als vertegenwoordiger van deze patiënt optreedt.

  Dit betekent dat geen van de bevoegdheden die u door de patiënt aan u waren toegekend, nog van toepassing is. Het maakt daarbij niet uit waarvoor de patiënt u had gemachtigd: met het beëindigen van uw machtiging, worden alle bevoegdheden ingetrokken.

  Het beëindigen van de machtiging heeft tot gevolg dat u
  - **geen informatie** meer over de patiënt ontvangt
  - **geen toegang** meer heeft tot het digitale patiëntendossier **mijnMCL** van de patiënt
  - de patiënt **niet kan vertegenwoordigen** indien deze **wilsonbekwaam** mocht raken

  De patiënt kan mij alleen via een geheel nieuwe schriftelijke machtiging als mijn vertegenwoordiger aanwijzen en bevoegdheden kan toekennen.

- **Informeren van de patiënt die u schriftelijk heeft gemachtigd**
  Wanneer u uw vertegenwoordiging voor een patiënt intrekt, bent u zelf verantwoordelijk om de patiënt daarover te informeren.

mcl
medisch centrum
leeuwarden

Beëindiging machtiging vertegenwoordiging door vertegenwoordiger
Dit formulier betreft de volgende patiënt:

Voorletter(s) en achternaam: .....

Geboortedatum: ..... Geslacht: .....

BSN: ..... MDN: .....

Beëindiging vertegenwoordiging
Ik beëindig mijn vertegenwoordiging van onderstaande patiënt, voor wie ik deze vertegenwoordiging eerder had aanvaard, door het machtigingsformulier samen met de patiënt de ondertekenen.

Voorletter(s) en achternaam: .....

Geboortedatum: ..... Geslacht: .....

Relatie: .....

Straat en huisnummer: .....

Postcode en woonplaats .....

Telefoonnr. mobiel: ..... Telefoonnr. thuis:.....

Email adres: .....

Informatie gelezen

☐ Ik heb de bijgevoegde informatie gelezen en begrepen.

☐ Ik begrijp dat ik met deze beëindiging van vertegenwoordiging, voor bovengenoemde patiënt niet langer als vertegenwoordiger kan optreden

☐ Ik begrijp dat met deze beëindiging van vertegenwoordiging, alle bevoegdheden die door bovengenoemde patiënt aan mij waren toegekend worden ingetrokken, waardoor ik
- **geen informatie** meer over de patiënt ontvang
- **geen toegang** meer heb tot het digitale patiëntendossier **mijnMCL** van de patiënt
- de patiënt **niet kan vertegenwoordigen** indien deze **wilsonbekwaam** mocht raken

☐ Ik weet dat ik bovengenoemde patiënt zelf moet informeren over deze beëindiging van vertegenwoordiging.

☐ Ik weet dat de patiënt mij alleen via een nieuwe schriftelijke machtiging als mijn vertegenwoordiger kan aanwijzen en bevoegdheden kan toekennen.

Getekend te .....(plaats) op .....(datum),

....
Handtekening patiënt(e) Handtekening gemachtigde