

## 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.

## 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
- o **geen informatie** meer over de patiënt ontvang
  - o **geen toegang** meer heb tot het digitale patiëntendossier **mijnMCL** van de patiënt
  - o 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