

Modelformulier aanvraag medische beoordeling in het kader van wilsbekwaamheid¹

1. Gegevens cliënt

1.1. Volledige voornamen en achternaam _____

(voor gehuwde vrouwen ook de meisjesnaam vermelden)

Man Vrouw

1.2. Adres _____

1.3. Postcode en plaats _____

1.4. Telefoonnummer _____

1.5. Geboortedatum __--__--__, geboorteplaats _____

2. Woont u met een partner en/of verzorgende

Nee

Ja

3. Algemene vragen over uw gezondheid. Omcirkel het juiste antwoord.

Wat is/zijn uw klacht(en)?

- | | |
|---|----------|
| <input type="radio"/> Pijn | ja / nee |
| <input type="radio"/> Moeheid | ja / nee |
| <input type="radio"/> Kortademigheid | ja / nee |
| <input type="radio"/> Evenwichtsstoornis | ja / nee |
| <input type="radio"/> Stijfheid | ja / nee |
| <input type="radio"/> Duizeligheid | ja / nee |
| <input type="radio"/> Verlamming | ja / nee |
| <input type="radio"/> Slecht zien | ja / nee |
| <input type="radio"/> Gevoelsstoornis | ja / nee |
| <input type="radio"/> Vergeetachtigheid | ja / nee |
| <input type="radio"/> Anders, te weten..... | |

Voor welke ziekte(n) bent u onder behandeling?

- | | |
|--|----------|
| <input type="radio"/> Hartziekte | ja / nee |
| <input type="radio"/> Vaatziekte | ja / nee |
| <input type="radio"/> Longziekte | ja / nee |
| <input type="radio"/> Neurologische ziekte | ja / nee |
| <input type="radio"/> Kanker | ja / nee |
| <input type="radio"/> Verslaving | ja / nee |

¹ De verklaring dient door het notaris kantoor te worden ingezonden naar de arts. Het heeft absoluut niet de voorkeur dat de client zelf de verklaring aanvraagt. Het heeft ook de grote voorkeur dat de medische verklaring van de arts ook naar het notaris kantoor wordt gezonden.

- o Psychiatrische ziekte ja / nee
- o Anders, te weten.....

Welke medicijnen gebruikt u?

.....

4. Aanduiding beperkingen

Hebt u beperkingen? ja / nee

Zo ja, kunt u hieronder aangeven op welk gebied deze beperkingen zich voordoen, met een korte omschrijving van de beperking.

Beperking:	Beschrijving beperking:
Op lichamelijk gebied:	
Op psychisch gebied:	
Op zintuiglijk gebied:	
Combinatie van psychische en sociale factoren:	

5. Ondertekening

Ik verklaar dat dit formulier volledig en naar waarheid is ingevuld.

Datum __ -- __ -- ____ Handtekening _____

N.B. Hebt u brieven van uw huisarts en/of behandelend specialist over uw ziekte of behandeling, sluit kopieën ervan bij deze aanvraag.