

Vorsorgevollmacht

Gilt für:

Name: _____

Geb. am: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Für den Fall, dass ich außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens

Frau/Herrn _____

Geb. am _____

Anschrift _____

und erteile dieser hiermit die Vollmacht, an meiner Stelle mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen.

Die Vertrauensperson soll meinen Willen einbringen und in meinem Namen Einwendungen vortragen, die der Arzt oder die Ärztin berücksichtigen muss. Sie darf auch die Krankenunterlagen einsehen und bei berechtigtem Interesse / Grund deren Herausgabe an Dritte veranlassen.

Ich entbinde die behandelnden Ärzte/Ärztinnen und deren nicht ärztliche Mitarbeitende gegenüber meiner Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Diese Vorsorgevollmacht ist jederzeit ohne besondere Form widerrufbar.

Ort und Datum

Unterschrift (Vollmachtgeber)

Ort und Datum

Unterschrift (Bevollmächtigter)