

Vorsorgevollmacht

für medizinische und gesundheitliche Angelegenheiten
(zur Vorlage beim Arzt, in der Klinik u. ä)

Ich (Vollmachtgeber/in)

Vorname, Nachname,
geb. am , wohnhaft Straße, Hausnummer, PLZ Ort, Tel.: ,

bevollmächtigte ohne Zwang und aus freiem Willen folgende Personen:

1. Vorname, Nachname
geb. am, wohnhaft Straße , Hausnummer, PLZ , Ort, Tel.:
2. Vorname, Nachname
geb. am, wohnhaft Straße , Hausnummer, PLZ , Ort, Tel.:

jeweils einzeln vertretungsberechtigt

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte in jedem Fall, meine Bevollmächtigten über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären. Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Sollte - dauerhaft oder vorübergehend – meine Einwilligungs - bzw. Äußerungsfähigkeit in Bezug auf medizinisch/pflegerische Behandlungen eingeschränkt oder verloren sein, umfasst diese Vollmacht alle persönlichen Angelegenheiten im Rahmen der Gesundheitspflege. Sie sind auch im Besitz meiner Patientenverfügung.

Diese Vollmacht berechtigt insbesondere:

- Gemäß § 1904 BGB eine Einwilligung in Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Heilbehandlung sowie in sämtliche ärztliche Eingriffe **zu erteilen, zu widerrufen oder abzulehnen.**
- Meinen Aufenthalt (Verbleib zu Hause, Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim zu **bestimmen**)
- Gemäß § 1906 BGB (d. h.. sofern zu meinem Wohle erforderlich) über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung bzw. über unterbringungsähnliche und/oder freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Bettgitter, Medikamente u. ä. zu **entscheiden.** (zusätzlich ist eine richterliche Genehmigung erforderlich)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtgeberin