

Vorsorgevollmacht

1. Persönliche Daten

Name _____ Geburtsname _____
Vorname _____
Geboren am _____ in _____
Wohnort _____

2. Vollmacht

Für den Fall, dass ich aufgrund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr allein besorgen kann, bevollmächtige ich hiermit

geboren am _____ in _____

zur Zeit wohnhaft in _____

Telefon _____

zu meinem/meiner rechtgeschäftlichen Vertreter/-in.

Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf den Bereich der Personen- und Gesundheitssorge. _____ soll für mich auch in Untersuchungen, ärztliche Eingriffe und Heilbehandlungen einwilligen. Er/Sie soll dies ausschließlich in meinem Sinne tun und so, wie ich es in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe.

Ich entbinde Ärzte und Pflegepersonal gegenüber der oben genannten Person von ihrer Schweigepflicht.

Weiterhin weise ich den/die Bevollmächtigte/-n darauf hin, dass ich eine Patientenverfügung verfasst habe, in der meine Wertvorstellungen, Wünsche und Hoffnungen niedergelegt sind.

Ort Datum Unterschrift (Vollmachtgeber/-in)

Ort Datum Unterschrift (Vollmachtnehmer/-in)