

Gesundheitsvorsorgevollmacht

Hiermit bestelle ich,

Vor- und Zuname des Vollmachtgebers

Geb.-Datum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

zu meinem Bevollmächtigten:

Vor- und Zuname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Ersatzweise bestelle ich zu meinem Bevollmächtigten:

Vor- und Zuname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Die bevollmächtigte Person hat das Recht,

- über die Verabreichung von Medikamenten zu entscheiden;
- ärztliche Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffen zuzustimmen oder sie abzulehnen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob Lebensgefahr besteht;
- die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung für eine medizinisch angezeigte Maßnahme zu erklären, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet;
- von behandelnden Ärzten, die ich hiermit ausdrücklich von der Schweigepflicht entbinde, uneingeschränkte Auskunft zu verlangen;
- meine Patientenverfügung zur Ausführung zu bringen.

Ort / Datum

Unterschrift der/des Bevollmächtigten
(Rechtlich nicht erforderlich)

Unterschrift des Vollmachtgebers