

für medizinische und gesundheitliche Angelegenheiten („Patientenanwaltschaft“)

### Ich (Vollmachtgeber/in)

Name  Geburtsname

Vorname

Geboren am  Geburtsort

Anschrift

### bevollmächtigte folgende Person/en

1. Name  Vorname

Adresse  Telefon

2. Name  Vorname

Adresse  Telefon

3. Name  Vorname

Adresse  Telefon

Durch diese Vollmacht entbinde ich die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Ebenso umfasst diese Vollmacht auch alle persönlichen Angelegenheiten im Rahmen der Gesundheits-sorge im Falle einer – dauerhaften oder vorübergehenden – Äußerungs- und Einwilligungsunfähigkeit.

- 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. Das gilt auch dann, wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme verbunden wäre, dass ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte oder dass ich sterben würde.
- Meinen Aufenthalt (Verbleib zu Hause, Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim) zu bestimmen.
- Gemäß § 1906 BGB (d.h. solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist) über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung bzw. über unterbringungsähnliche und/oder freiheitseinschränkende Maßnahmen wie Bettgitter, Medikamente u.ä. zu entscheiden.

### Wichtiger Hinweis:

**Diese Vollmacht umfasst nicht die rechtsgeschäftlichen und finanziellen Angelegenheiten.**

Sollte keine Patientenverfügung von mir vorliegen, gelten die allgemeinen ethischen Grundsätze, wie sie etwa von der Deutschen Bundesärztekammer bereits im September 1998 formuliert worden sind. Ich behalte mir vor, Wünsche und Behandlungsziele für sonstige Situationen (Schlaganfall, Demenz, Koma, o.a.) in einer individuellen Patientenverfügung zu dokumentieren.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Vollmachtgeber/in \_\_\_\_\_

**Bezeugende Person**

Folgende Person/Einrichtung bezeugt, dass ich diese Vollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und aus eigenem Willen abgegeben habe:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift bezeugende Person \_\_\_\_\_

ggf. Stempel der Einrichtung \_\_\_\_\_