

## Gesundheitsvollmacht

### Ich (Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin):

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_

### erteile hiermit (Bevollmächtigte / r):

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_

die **widerrufliche Vollmacht**, mich bei sämtlichen Gesundheitsangelegenheiten unter Beachtung meiner Patientenverfügung zu vertreten.

Der/ Die Bevollmächtigte darf an meiner Stelle in alle Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen oder die Einwilligung hierzu verweigern.

Dies gilt auch dann, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich auf Grund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Einleitung oder den Abbruch lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen.

**Gesundheitsvollmacht -2-**

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meine/ n Bevollmächtigte/ n über die Art meiner Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um Entscheidungen meines/ meiner Bevollmächtigten über die Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde hiermit durch meine Unterschrift die behandelnden Ärzte ausdrücklich von Ihrer Schweigepflicht.

Die Vollmacht umfasst auch die Befugnis, freiheitsentziehende Maßnahmen (mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder andere Maßnahmen, durch die über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll) zu veranlassen, wenn und solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.

Durch seine/ ihre Unterschrift bestätigt der/ die Bevollmächtigte, dass er/ sie bereit ist, mich in allen Gesundheitsangelegenheiten zu vertreten, falls ich mein Selbstbestimmungsrecht nicht mehr ausüben kann.

Ferner bestätigt er/ sie, dass ich zum Zeitpunkt meiner Unterschrift im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin.

Datum und Unterschrift **des/ der Bevollmächtigten:**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum und Unterschrift **des Vollmachtgebers/ der Vollmachtgeberin:**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift