

Gesundheitsvollmacht

Ethikkomitee



Meine Personalien

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse

Hiermit erteile ich je einzeln die Vollmacht, mich in allen Gesundheitsangelegenheiten zu vertreten:

1.

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse

Telefon

2.

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Bei Verhinderung der benannten Bevollmächtigten:

Name Vorname Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Bei unterschiedlichen Meinungen unter den aufgeführten Bevollmächtigten ist die Entscheidung des unter „1“ aufgeführten Bevollmächtigten zu befolgen.

JA

NEIN

Ich entbinde hiermit die behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinen in dieser Verfügung genannten Bevollmächtigten. Die Ärzte sind hiermit berechtigt und verpflichtet, meine Bevollmächtigten über die Art meiner Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären.

Die Bevollmächtigten dürfen an meiner Stelle in alle medizinischen Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einwilligen, die Einwilligung verweigern oder widerrufen.

Sie haben dabei den in meiner Patientenverfügung niedergeschriebenen Willen zu beachten und umzusetzen.

Sie dürfen auch dann in die Untersuchung meines Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff

- **einwilligen**, wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich einen schwerwiegenden und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).
- **die Einwilligung verweigern oder widerrufen**, wenn die begründete Gefahr besteht, dass die Nichtdurchführung der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich einen schweren und länger dauernden Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie dürfen somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

Meine Patientenverfügung ist zu befolgen. Im Konfliktfall, wenn sich der behandelnde Arzt und der Bevollmächtigte über meinen Willen nicht einig sind, ist eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht seitens des Bevollmächtigten einzuholen.

Die Bevollmächtigten sind befugt, über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) zu entscheiden und freiheitsentziehende Maßnahmen (mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder andere Maßnahmen, durch die über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Bewegungsfreiheit entzogen werden soll) zu veranlassen, wenn und solange sie zu meinem Wohl erforderlich sind. In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB).

JA NEIN

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

JA NEIN

Weitere Regelungen

Diese Vollmacht gilt, bis sie widerrufen wird.

Wichtig: Patientenverfügungen oder die Ausfertigung einer notariellen Vollmacht müssen immer im Original vorgelegt werden!

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Freiwillige Angaben

Ich habe zusätzlich zu dieser Gesundheitsvollmacht eine Patientenverfügung oder Generalvollmacht erteilt und den Inhalt mit den Bevollmächtigten besprochen.

JA NEIN

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt.

JA NEIN

Durch ihre Unterschriften bestätigen die Bevollmächtigten, dass sie bereit sind, mich in allen Gesundheitsangelegenheiten zu vertreten, falls ich mein Selbstbestimmungsrecht nicht mehr ausüben kann. Ferner bestätigen sie, dass ich zum Zeitpunkt meiner Unterschrift geschäftsfähig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin.

Die Bevollmächtigten

.....
Ort/Datum

.....
Name/Vorname

.....
Unterschrift

.....
Ort/Datum

.....
Name/Vorname

.....
Unterschrift

.....
Ort/Datum

.....
Name/Vorname

.....
Unterschrift

Zusätzliche Bestätigung durch einen Arzt/eine Ärztin

(In den Fällen zu empfehlen, in welchen eventuelle Zweifel an der Geschäftsfähigkeit von Seiten Dritter geäußert werden könnten).

Ich bestätige hiermit, dass die Vollmacht gebende Person zum Zeitpunkt der Vollmachterteilung nach meiner ärztlichen Beurteilung geschäftsfähig und im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte ist.

.....
Name/Vorname

.....
Adresse

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift