



## **vorsorgen – selbst bestimmen e.V.**

### **Gesundheitsvollmacht**

#### **1.**

##### **Zu meiner Person**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Geburtsort:

#### **2.**

##### **Bevollmächtigte Personen**

Ich bevollmächtige hiermit

Name:	Adresse:	Geburtsdatum:
Name:	Adresse:	Geburtsdatum:

je einzeln, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

### 3.

#### **Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit**

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Absatz 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) und über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtnehmers:
Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtnehmers:

Ort, Datum:	Unterschrift des Vollmachtgebers:
-------------	-----------------------------------