



vorsorgen – selbst bestimmen e.V.

Untervollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

1.

Vollmachtgeber (Klient/Patient/Bewohner)

Auf der Grundlage der vorgelegten/beiliegenden Vollmachtsurkunde von

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Datum der Urkunde:

2.

Untervollmachtgeber

erteile ich:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Telefon:

3.

Bevollmächtigte Person (Untervollmachtnehmer)

Untervollmacht für gesundheitliche Angelegenheiten an folgende Personen:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Telefon:
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße:	Telefon:

Die vorgenannte/n Personen sind - je einzeln - berechtigt, den Vollmachtgeber in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angegeben habe.

4.

Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, den in einer Patientenverfügung festgelegten Willen des Vollmachtgebers 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 der Vollmachtgeber stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle den Vollmachtgeber behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber den bevollmächtigten Personen und Vertrauenspersonen 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 zum Wohle des Vollmachtgebers erforderlich ist.

5. Befristung und Begrenzung

Die Untervollmacht gilt für den Zeitraum

von:	bis:
------	------

Der Untervollmachtnehmer ist nicht befugt, weitere Untervollmachten zu erteilen. Er ist nicht befugt, Vollmachten anderer Personen zu widerrufen.

6. Kenntnisnahme der Untervollmachtnehmer

Ort, Datum:	Unterschrift Untervollmachtnehmer:
Ort, Datum:	Unterschrift Untervollmachtnehmer:

7. Rechtsverbindliche Unterschrift

Ort, Datum:	Unterschrift Untervollmachtgeber:
-------------	-----------------------------------