



GESUNDHEITSVOLLMACHT

(Formulierungsvorschlag)

Ich

.....
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Anschrift

erteile hiermit

1.
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Anschrift

2.
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
Anschrift

je einzeln die widerrufliche Vollmacht, mich bei sämtlichen Gesundheitsangelegenheiten zu vertreten. Die behandelnden Ärzte sind berechtigt und verpflichtet, meine Bevollmächtigten über die Art meiner Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose **aufzuklären**. Meine Bevollmächtigten dürfen an meiner Stelle in **alle Maßnahmen zur Diagnose und Behandlung einer Krankheit einwilligen** oder die **Einwilligung** hierzu **verweigern**. Sie sind befugt, auch dann in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff **einzuwilligen**, wenn dadurch die begründete Gefahr besteht, dass ich auf Grund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB). Ebenso erstreckt sich die Vollmacht auch auf die Befugnis, in solche Maßnahmen **nicht einzuwilligen** oder die Einwilligung zu widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich auf Grund des Unterbleibens oder des Ab-

bruchs der Maßnahmen sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§1904 Abs. 2 BGB). Meine Patientenverfügung ist zu befolgen. Im **Zweifelsfall** ist eine **Genehmigung des Betreuungsgerichts** erforderlich.

Die Vollmacht umfasst auch die Befugnis, **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 dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist. In diesen Fällen muss die **Genehmigung des Betreuungsgerichts** eingeholt werden.

Datum und Unterschrift des Vollmachtgebers:

.....

Durch ihre **Unterschriften** bestätigen die **Bevollmächtigten** jeweils, 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.

Datum und Unterschriften der Bevollmächtigten:

1.

2.