

Vorsorgevollmacht

Ich _____

geb. am _____ in _____

wohnhaft _____

bestimme hiermit folgendes:

1. Mein in der gesonderten Patientenverfügung geäußertes Willens ist konsequent zu beachten. Aus diesem Grund erteile ich der unten genannten Vertrauensperson eine Vollmacht, die einen in der Patientenverfügung zum Ausdruck kommenden Willen umzusetzen und die Einhaltung zu überwachen.

2. Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung

4. Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, den Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Sollte – dauerhaft oder vorübergehend – meine Einwilligungsfähigkeit bzw. Äußerungsfähigkeit in Bezug auf medizinisch/ pflegerische Behandlungen eingeschränkt oder verloren sein, umfasst die Vollmacht alle persönlichen Angelegenheiten im Rahmen der Gesundheitsvorsorge. Sie umfasst alle Entscheidungen, die im medizinischen Bereich zu treffen sind, insbesondere:

die Erteilung einer Einwilligung in Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung, Ablehnung dieser oder Widerruf der Einwilligung in diese Maßnahmen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch d.h. Maßnahmen verbunden sind oder einen