

# Gesundheitsvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

mich in Angelegenheiten meiner Gesundheit zu vertreten,  
die folgenden Vertrauenspersonen je einzeln mit **Vorlage eines, meine Unterschrift enthaltenden,  
urkundlichen Originals**, mein/e

\_\_\_\_\_  
Beziehung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Beziehung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Die Bevollmächtigten dürfen in alle Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder Abbruch dieser Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§1904 Abs. 1 und 2 BGB).

Sie dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärzte und nicht ärztliches Personal gegenüber den bevollmächtigten Personen von ihrer Schweigepflicht und verpflichte sie damit zugleich, ihre Informations- und Aufklärungspflicht gegenüber den bevollmächtigten Personen wahrzunehmen.

Ich verweise auf meine **Patientenverfügung**.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte/r