

# Gesundheitsvollmacht

Ich, ..... geb. am .....

**Vollmachgeber/in**

wohnhaft in: ..... Telefon .....

erteile hiermit Vollmacht an

..... geb. am .....

**Bevollmächtigte Person**

wohnhaft in: ..... Telefon .....

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge und Pflegebedürftigkeit zu vertreten. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich einwilligungsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Entscheidungen im Original vorlegen kann.

- Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge entscheiden, ebenso über Einzelheiten einer ambulanten oder stationären Pflege.
- Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgehaltenen Willen durchzusetzen.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).
- Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen (§ 1904 Abs. 2 BGB).
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Mit dieser Vollmacht entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der von mir bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.
- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen und einen Heimvertrag abschließen und kündigen.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung entscheiden (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und dergleichen) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. Sie darf über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Sinne des § 1906 Abs. 3 BGB entscheiden.
- Sonstige Befugnisse (z. B. Einwilligung in eine Organspende): .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Vollmachtgeber/in

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Bevollmächtigte/r