

ARZTVOLLMACHT FÜR ANGEHÖRIGE

Ort: _____ Datum: _____

Vollmachtgeber (Patient):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bevollmächtigter Angehöriger:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Umfang der Vollmacht:

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, in meinem Namen alle notwendigen Entscheidungen im Rahmen der medizinischen Behandlung zu treffen, insbesondere Auskünfte bei Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einzuholen, Einwilligungen oder Ablehnungen von medizinischen Maßnahmen zu erklären sowie Patientenverfügungen und Behandlungswünsche durchzusetzen.

Dauer der Vollmacht:

Diese Vollmacht gilt ab Unterzeichnung und bleibt gültig, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird oder ich nicht mehr geschäftsfähig bin.

Salvatorische Klausel:

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vollmacht unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Regelung gilt eine Regelung als vereinbart, die dem wirtschaftlich Gewollten am nächsten kommt.

Vollmachtgeber (Patient)

Bevollmächtigter Angehöriger

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/arztvollmacht-fur-angehorige/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.