

VOLLMACHT FÜR ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Ort : _____ Datum : _____

Vollmachtgeber (Patient) :

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Bevollmächtigter Angehöriger :

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Vollmachtserklärung :

Hiermit bevollmächtige ich den oben genannten Bevollmächtigten, in meinem Namen ärztliche Entscheidungen zu treffen, Auskünfte über meine Gesundheit einzuholen und notwendige medizinische Maßnahmen zuzustimmen, falls ich selbst dazu nicht in der Lage bin. Diese Vollmacht umfasst insbesondere die Einsicht in medizinische Unterlagen und das Einholen von Informationen bei behandelnden Ärzten und Krankenhäusern.

Gültigkeit der Vollmacht :

Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf oder bis zu meinem Tod. Sie erlischt automatisch, wenn ich die Vollmacht schriftlich widerrufe oder wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Betreuungsbestellung eintreten.

Unterschriften :

Vollmachtgeber (Patient)

Bevollmächtigter Angehöriger

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentfertig.com/arzt-vollmacht-fur-angehorige/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentfertig.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.