

Gesundheitsvollmacht / Betreuungsverfügung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Mit der 3er-Kombi Gesundheitsvollmacht plus Betreuungsverfügung plus Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht möchte ich in nur einem Dokument für meinen Krankenhausaufenthalt rechtlich vorsorgen.

GESUNDHEITSVOLLMACHT

Hiermit erteile ich,

Vorname										Nachname									
geboren am					Geburtsort														
Straße/Nr.																			
PLZ				Ort															
Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail																			

aus freiem Willen und in vollem Besitz meiner geistigen Kräfte nachfolgende Vollmacht an

Vorname										Nachname									
geboren am					Geburtsort														
Straße/Nr.																			
PLZ				Ort															
Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail																			

Ich vertraue der bevollmächtigten Person in besonderem Maße. Sie richtet sich bei der Erfüllung der ihr mit dieser Vollmacht übertragenen Pflichten und Rechte nach meinem erklärten oder mutmaßlichen Willen. Sie kennt meine ethischen Grundeinstellungen und Wertvorstellungen.

I. Wenn ich aufgrund meines gesundheitlichen Zustands nicht in der Lage sein sollte, Folgen und Tragweite von Untersuchungen des Gesundheitszustands, einer Heilbehandlung oder eines ärztlichen Eingriffs zu erkennen und meinen Willen danach zu bestimmen, darf die bevollmächtigte Person in allen Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung und Pflegebedürftigkeit für mich entscheiden:

- Sie darf in jede Untersuchung meines Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung widerrufen, auch wenn aufgrund der Durchführung, des Unterlassens oder des Abbruchs der Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. (§ 1904 Abs. 2 BGB)
- Sie darf über meinen Aufenthalt bestimmen und über freiheitsentziehende Maßnahmen und eine geschlossene Unterbringung sowie ärztliche Zwangsmaßnahmen entscheiden, soweit und solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist. (§ 1906 Abs. 1 BGB)
- Sie hat soweit erforderlich für ihre Entscheidungen die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen.
- Sie ist berechtigt, mich zur Umsetzung des Voranstehenden bei der Beantragung von Beihilfen bei meiner Beihilfestelle und der Beantragung von Leistungen bei meiner Krankenkasse/Pflegekasse bzw. Krankenversicherung rechtlich zu vertreten sowie Behandlungs- bzw. Pflegeverträge abzuschließen, zu kündigen oder deren Abschluss zu verweigern.

Gesundheitsvollmacht / Betreuungsverfügung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

II. Sollte die oben genannte Person nicht in der Lage oder gewillt sein, die mit dieser Vollmacht verbundenen Rechte und Pflichten wahrzunehmen, bestimme ich folgende Person als Ersatzbevollmächtigte:

Vorname										Nachname									
geboren am				Geburtsort															
Straße/Nr.																			
PLZ				Ort															
Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail																			

III. Die bevollmächtigte Person erhält für meine Vertretung im Rahmen dieser Vollmacht

- keine Vergütung
 eine Vergütung in Höhe von € _____ jährlich monatlich einmalig

IV. Die bevollmächtigte Person ist nicht berechtigt, im Rahmen dieser Vollmacht Untervollmachten zu erteilen sowie mich und dritte Personen gleichzeitig zu vertreten.

V. **Ärzte und Pflegepersonen sind im Rahmen dieser Vollmacht gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht entbunden.** Im Falle eines Klinik- oder Heimaufenthaltes wünsche ich, dass die bevollmächtigte Person jederzeit Zugang zu mir hat.

VI. Neben dieser Gesundheitsvollmacht habe ich auch eine Patientenverfügung erstellt, die zu beachten ist:

- Ja Die Patientenverfügung wird an folgender Stelle/von folgender Person aufbewahrt:

- Nein

VIII. Diese Vollmacht ist wirksam:

- ab sofort.
 ab dem _____
 befristet von _____ bis _____

IX. Die Vollmacht und das zugrunde liegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft auch wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte. Sollten einzelne Teile der Vollmacht unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der übrigen Regelungen ändern.

X. Diese Vollmacht kann ich jederzeit widerrufen. Die bevollmächtigte Person ist in diesem Fall verpflichtet, das Originaldokument an mich zurückzugeben.

XI. Meine Wünsche, die bei der Ausführung dieser Gesundheitsvollmacht von der bevollmächtigten Person zu beachten sind:

Gesundheitsvollmacht / Betreuungsverfügung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

XII. Ich wünsche, dass im Falle eines Streites bei der Wahrnehmung der Rechte und Pflichten aus dieser Vollmacht vor Einleitung eines Gerichtsverfahrens die Schlichtung durch eine staatlich anerkannte Schlichtungsstelle versucht wird:

Ja Nein

Die integrierte Betreuungsverfügung stellt auch bei längerfristigen Betreuungsbedarf sicher, dass meine Interessen von Menschen meines Vertrauens wahrgenommen werden.

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich auf Grund eines Unfalls, einer Krankheit oder Altersgebrechlichkeit nicht mehr in der Lage bin, meine Geschäfte selbstständig zu führen, treffe ich die nachfolgende Betreuungsverfügung:
(dient zur Vorlage beim Betreuungsgericht)

Ich - Verfügender - schlage für den Fall, dass für mich ein gesetzlicher Betreuer bestellt werden muss, gemäß § 1897 Abs. 4 BGB hierfür die folgende Person als Betreuer für alle erforderlichen Angelegenheiten vor:

- Die auf Seite 1 als Gesundheitsbevollmächtigte benannte Person soll auch als Betreuer bestellt werden.
- oder**
- Die nachfolgend benannte Person soll neben dem auf Seite 1 benannten Gesundheitsbevollmächtigten als Betreuer bestellt werden.

Vorname	Name	
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort
Straße		
PLZ	Ort	
Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail		

Falls die vor bezeichnete Person die Betreuung nicht übernehmen will oder kann, schlage ich als Ersatzbetreuer die folgende Person vor:

Vorname	Name	
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort
Straße		
PLZ	Ort	
Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail		

Auf keinen Fall wünsche ich, dass folgende Person zum Betreuer bestellt wird:

Vorname	Name
Anschrift	

Gesundheitsvollmacht / Betreuungsverfügung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

- Die in meiner Patientenverfügung vom (Datum einfügen) _____ geäußerten Wünsche sind von meinem Betreuer zu befolgen. Insbesondere obliegt es meinem Betreuer auch, die in meiner Patientenverfügung von mir niedergelegten Wünsche gegenüber Ärzten und Pflegepersonal sowie insbesondere auch gegenüber dem Betreuungsgericht durchzusetzen.
- Ich habe keine Patientenverfügung.

Falls vorbezeichnete Personen nicht zur Verfügung stehen, wünsche ich, dass der notwendige Betreuer aus nachfolgender Organisation ausgewählt wird, damit er mich entsprechend meiner religiösen oder weltanschaulichen Grundeinstellung vertreten kann, z. B. Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz, Gewerkschaft, AWO, mosaische oder muslimische Organisation, etc.

Meine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erlaubt es Ärzten, auch gegenüber Familienangehörigen und Freunden, die nicht meine rechtlichen Vertreter sind, Auskünfte über meine Gesundheitszustand erteilen zu dürfen.

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie, nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand bzw. Krankheitsstand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren. Dies gilt auch für nichtärztliche Mitarbeiter und mit meiner Behandlung sonst noch befassten Personen.

Hinweis

Auch Jugendliche können bereits ab dem vollendeten 16. Lebensjahr Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber benannten Personen entbinden, da sie ab diesem Zeitpunkt testierfähig ist.

Name, Anschrift

Name, Anschrift

Name, Anschrift

Diese Gesundheits-Kombivollmacht von Gesundheitsvollmacht / Betreuungsverfügung / Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht habe ich freiwillig und im einsichtsfähigen Zustand verfasst. Sie ist mit meiner Unterschrift rechtsgültig. Eine notarielle Beurkundung/Beglaubigung ist nicht erforderlich.

Ort/Datum

Unterschrift des Verfügenden

Damit Ihre Vorsorgeverfügungen gefunden werden!

Die Stiftung VorsorgeDatenbank ist Kooperationspartner der DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG. Zusammen mit unserem Kooperationspartner sorgen wir dafür, dass Ihre Patientenverfügung, Organverfügung, Trauerverfügung von dem berechtigten Krankenhaus/med. Einrichtung/berechtigten Institution, die Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung von dem zuständigen Gericht datengesichert abgefragt werden kann.