

**GESUNDHEITSVOLLMACHT**

**VOLLMACHT FÜR DEN AUFGABENKREIS DER GESUNDHEITSSORGE**

Hiermit erteile ich,

Max	Mustermann	
Vorname	Nachname	
01.01.1956	Musterstadt	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Musterstr. 36		
Straße		
12345	Musterstadt	
PLZ	Ort	
0351 - 811 74 32	+491791234567	mustermann@dvzag.de
Telefon	Mobiltelefon	E-Mailadresse

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

Julia	Musterfrau	
Vorname	Nachname	
18.06.1985	Musterstadt	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Weiße Gasse 23		
Straße		
12345	Musterstadt	
PLZ	Ort	
02345/12345678	+491791234567	j.musterfrau@test.de
Telefon	Mobiltelefon	E-Mailadresse

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 Gesundheitssorge 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 Scheiterns 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.

[201002VV]

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:

Katrin	Hochsommer	
Vorname	Nachname	
13.04.1979	Nebenan	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Steinweg 12		
Straße		
45678	Holzdorf	
PLZ	Ort	
78956/234567	0189/789567	hochsommer_k@test.de
Telefon	Mobiltelefon	E-Mailadresse

III.

Die bevollmächtigte Person erhält für meine Vertretung im Rahmen dieser Vollmacht

keine Vergütung  eine Vergütung in Höhe von 200 EUR  jährlich /  monatlich

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  Nein

VII.

Diese Vollmacht soll eine rechtliche Betreuung gemäß §§ 1896 ff. BGB in den o.g. Aufgabenbereichen ausschließen. Sollte dennoch eine Betreuung notwendig werden, so soll die bevollmächtigte Person oder gegebenenfalls der Ersatzbevollmächtigte zum rechtlichen Betreuer bestellt werden.

VIII.

Diese Vollmacht ist wirksam:

ab sofort  ab dem \_\_\_\_\_  befristet von 01.01.2015 bis 30.11.2017

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.

[201002VV]

XI.

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

Hier kann ich meine persönlichen Wünsche äußern...

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

Ort/Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

**Damit Ihre Vorsorgeverfügungen gefunden werden!**

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

[201002VV]