



# Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

Mit der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten können Sie einer **anderen Person** die Wahrnehmung einzelner oder aller Angelegenheiten Ihre Gesundheitssorge betreffend für den Fall **übertragen**, dass Sie in Folge Krankheit oder Behinderung vorübergehend oder dauerhaft nicht selbst in der Lage sind, Ihre gesundheitlichen Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen.

Die bevollmächtigte Person darf dann **bei Vorlage der Vollmacht** für Sie handeln. Weiterer Maßnahmen bedarf es hierzu nicht. Die Bestellung einer Betreuungsperson durch das Gericht erübrigt sich damit.

Es kann durchaus sinnvoll sein, die Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten von einer Generalvollmacht für alle anderen Angelegenheiten zu trennen, da dies die Möglichkeit bietet, unterschiedlichen Personen Vollmacht zu erteilen, um gegebenenfalls mögliche Interessenswidersprüche zu vermeiden.

Die Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten sollte die Person erhalten, die bereit und in der Lage ist, zeitnah die notwendigen medizinischen Entscheidungen zu Ihrem Wohl zu treffen. In jedem Fall sollten Sie im Vorhinein mit der Person über Ihre Absicht sprechen und deren Zustimmung einholen.

# Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

Ich,  Frau  Herr

Vorname

Nachname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum

Geburtsort

erteile meiner|meinem Bevollmächtigten

Frau

Herrn

Vorname

Nachname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Telefon

Mobil

Fax

Mail

Geburtsdatum

Geburtsort

die Vollmacht, mich

- in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheit und meine Pflege betreffen,
- nur in besonderen Angelegenheiten

Bitte einfügen, in welchen Fällen:

zu vertreten.

**Mir ist bewusst, dass die in diesem Leitfaden zur Verfügung gestellte Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten dem gesetzlichen Notvertretungsrecht (§ 1358 BGB) vorgeht, sofern sie auf eine andere Person als der Ehegattin oder dem Ehegatten ausgestellt ist.**

Frau | Herr

darf in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheitssorge betreffen, einschließlich der ambulanten und|oder stationären Pflege entscheiden, soweit ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder meines Geisteszustandes nicht oder nicht mehr in der Lage bin, mich bzgl. der medizinischen und pflegerischen Versorgung selbst zu äußern oder eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Voraussetzung ist die andauernde oder vorübergehende Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten.

Die|Der Bevollmächtigte darf insbesondere in sämtliche medizinische und pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitssorge einwilligen.

ja  nein

nur in besonderen Angelegenheiten

Bitte einfügen, in welchen Fällen:

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

ja  nein

Die bevollmächtigte Person darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff auch dann einwilligen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

**Anmerkung:** Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1829 Abs. 2 i.V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

ja  nein  noch nicht

Sie|Er darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 4 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung gemäß § 1831 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dies meinem Wohl dient.

ja  nein

Die bevollmächtigte Person darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

ja  nein

Sofern ich zusätzlich eine Patientenverfügung erstellt habe, hat die|der Bevollmächtigte dies zu beachten. Sie ist für die|den Bevollmächtigte|Bevollmächtigten verbindlich.

ja  nein

Sie|Er darf Krankenunterlagen einsehen.

ja  nein

Die bevollmächtigte Person darf mich gegenüber den Trägern der Leistungen der Krankenkas- sen und der Pflegeversicherung vertreten. Im Rahmen der Beantragung von Pflegeleistungen darf auch ein Zielkonto für Leistungen angegeben werden.

### **Ersatzbevollmächtigte|r**

Falls die|der genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein sollte, vorgenannte Aufgabe(n) zu übernehmen, so benenne ich folgende Ersatzperson zu meiner|meinem Ersatzbevollmächtigten:

Frau  Herr

Vorname	Nachname
Straße   Hausnummer	
PLZ   Ort	
Telefon	Mobil
Fax	Mail
Geburtsdatum	Geburtsort

Die Ersatzbevollmächtigung erstreckt sich auf die Dauer der Verhinderung der|des Bevollmächtigten.

Mit der Unterschrift bestätigen die zuvor benannten Bevollmächtigten, dass sie mit der Bevollmächtigung einverstanden sind. Sie sichern zu, sich dafür einzusetzen, meine Wünsche und Wertvorstellungen zu vermitteln.

Ort   Datum	Unterschrift Bevollmächtigte r
Ort   Datum	Unterschrift Ersatzbevollmächtigte r

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, dann die|den oben bezeichnete|n Bevollmächtigte|n als Betreuerin|Betreuer zu bestellen, ersatzweise die|den Ersatzbevollmächtigte|n.

**Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.**

Ort   Datum	Unterschrift
-------------	--------------

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):

Ort   Datum	Unterschrift Bevollmächtigte r
Ort   Datum	Unterschrift Ersatzbevollmächtigte r
Ort   Datum	Unterschrift Ersatzbevollmächtigte r
Ort   Datum	Unterschrift Ersatzbevollmächtigte r