

Vorsorgevollmacht

Ich, _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

geb. am _____ in _____

bestimme hiermit

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

zu meinem/er Bevollmächtigten in medizinischen Angelegenheiten gemäß § 1896 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (Deutschland), § 273 Abs. 2 Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (Österreich).

Diese Vollmacht tritt nur in Kraft, falls ich unfähig bin, bewußt Willensäußerungen hinsichtlich meiner medizinischen Behandlung und Pflege zu machen und gilt nur für die Dauer dieser Unfähigkeit.

Der/die Bevollmächtigte hat das Recht, für mich bzw. an meiner Stelle entsprechend den in meiner „Anweisung für meine medizinische Behandlung und Pflege“ festgelegten Werthaltungen, Wünschen und Bestimmungen, Entscheidungen zu treffen und für deren Ausführung zu sorgen. Die letzte Entscheidung über „angemessene“ oder nicht angemessene Behandlung steht meinem/er Bevollmächtigten zu.

Aktualisiert am: _____

Unterschrift: _____

Aktualisiert am: _____

Unterschrift: _____

Die von mir ermächtigte Person ist mit dieser Bevollmächtigung einverstanden und hat sich bereit erklärt, entsprechend zu verfahren.

Falls die von mir ermächtigte Person nicht erreichbar ist oder die Aufgabe nicht wahrnehmen kann oder will, bestimme ich die folgende(n) Person(en) in angegebener Reihenfolge:

Erste(r) Ersatzbevollmächtigte(r)

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Zweite(r) Ersatzbevollmächtigte(r)

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Falls es notwendig wird, daß ein Betreuer für mich bestellt wird, benenne ich dieselben Personen in der gleichen Reihenfolge.

unterzeichnet am _____

in _____

Unterschrift _____

Aktualisiert am: _____

Unterschrift: _____

Aktualisiert am: _____

Unterschrift: _____