

# A7 Patientenvollmacht (Ärztekammer Nordrhein 2006)



**ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

1/2

## Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge (gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB)

Ich (Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber),

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

geboren am in

erteile

Frau/Herrn (Bevollmächtigte/Bevollmächtigter)

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Fax

geboren am in

die Vollmacht, mich in

- ☐ allen Angelegenheiten, die meine Gesundheit und meine Pflege betreffen,  
☐ nur in besonderen Angelegenheiten  
(bitte einfügen, in welchen Fällen):

zu vertreten.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ darf in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheitsorge 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 medizini-

schen 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 Gesundheitsorge 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/Der Bevollmächtigte 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. *Zur Information:* Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts 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 (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung gemäß § 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dies meinem Wohl dient.

☐ ja ☐ nein

Fortsetzung umseitig

## Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge

Die/Der Bevollmächtigte darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

☐ ja

☐ nein

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

☐ ja

☐ nein

Sie/Er darf Krankenunterlagen einsehen.

☐ ja

☐ nein

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Ersatzbevollmächtigte/Ersatzbevollmächtigter)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
geboren am in

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, 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

*(Für Bestätigungen der Vollmacht zu einem späteren Zeitpunkt:)*

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift