

Gesundheitsvollmacht

für medizinische und gesundheitliche Angelegenheiten (zur Vorlage beim Arzt, in der Klinik u. ä.)
(Wenn als Besonderheit nicht anders angegeben, sind mehrere Personen jeweils einzeln vertretungsberechtigt).

Ich als Vollmachtgeber/in: _____ geboren am: _____

wohnhaft in _____ PLZ _____ in _____

bevollmächtigte folgende Person(en)

Herrn / Frau _____ geboren am: _____

wohnhaft in _____ PLZ _____ in _____

Tel. (_____) _____ Mobil _____ eMail _____ @ _____

und

Herrn Frau **Uwe Eckert geboren am 16.2.1959 und Daniela Eckert, geboren am 1.4.1973**

wohnhaft in **Saturnstrasse 1** PLZ **59067** in **Hamm**

Tel. **(02381) 5 444 671** Mobil. **0171 930 90 58** eMail. **webmaster @ keltischekirche.de**

.....
Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte in jedem Fall, meine(n) Bevollmächtigte(n) über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären. Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Sollte – dauerhaft oder vorübergehend – meine Einwilligung- bzw. Äußerungsfähigkeit in Bezug auf medizinisch / pflegerische Behandlungen eingeschränkt oder verloren sein, umfasst die Vollmacht das Recht, meine Familienangehörigen zu benachrichtigen und ggf. jene gegenüber den Ärzten als vertretungsberechtigt zu benennen.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Folgende Person/Einrichtung bezeugt, dass ich diese Vollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und aus eigenem Willen abgegeben habe:

Vor- und Zuname / Adresse / Telefon der bezeugenden Person

Ort, Datum _____

Unterschrift der bezeugenden Person

(evtl. Stempel der Diakonie)