



**Vorsorgevollmacht** von .....

geb. am: .....

Wenn ich selbst keine Entscheidungen mehr treffen kann, sollen die anstehenden medizinischen Fragen mit (einer der) folgender/n Person/en erörtert werden. Sie sind an meiner Stelle befugt, in die ärztlichen Untersuchungen, Heilbehandlungen und Heileingriffe einzuwilligen. Die behandelnden Ärzte und das medizinisch-pflegerische Personal sind gegenüber der/n genannten Person/en von der Schweigepflicht entbunden:

Name, Vorname:	Mobil: Tel:	ggf. Unterschrift:
Name, Vorname:	Mobil: Tel:	ggf. Unterschrift:
<b>Ort und Datum:</b>	<b>Unterschrift Patient:</b>	

**Patientenverfügung** von .....

geb. am:

**Erkrankungssituation:**

**Behandlungswünsche und Ziele:**

**Gesprächsteilnehmer** (ggf. Unterschrift)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Patient           | <input type="radio"/> mdl. Einverständnis des Patienten | <input type="radio"/> Betreuer gem. BGB |
| <input type="radio"/> Bevollmächtigte/r | <input type="radio"/> Arzt                              | <input type="radio"/> .....             |

**Ort und Datum**

**Unterschrift Patient**