



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:
Ort und Datum:	Unterschrift Patient:	

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