Name, Vorname Adresse
 PLZ, Ort
 Vers.-Nr.: ……………..

**Entbindung**

**von der**

**ärztlichen Schweigepflicht**

Bevollmächtigter: ………………………………..……, geboren am ………………

Der/Die Bevollmächtigte ist nur dann zu meiner Vertretung berechtigt, wenn ich in rechtlichen Angelegenheiten nicht mehr selbst entscheiden kann; das ist der Fall, wenn in rechtsgeschäftlichen Angelegenheiten die Geschäftsfähigkeit oder wenn in höchstpersönlichen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt oder wenn ich mich nicht mehr selbst äußern kann.

Ich entbinde hiermit die zuständigen Ärzte und Ärztinnen sowie das Pflegepersonal gegenüber der hier bevollmächtigten Person ausdrücklich von ihrer Verschwiegenheitspflicht.

 Zustimmung zu medizinischen Behandlungen nach meinem mutmaßlichen Willen (sowohl stationär als auch ambulant).

 Zusätzlich: Zustimmung zu medizinischen Behandlungen, auch wenn sie gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden sind (z.B. operativer Eingriff, Chemotherapie, Ernährung durch – nicht in vorhandene Körperöffnungen geführte – Sonden).

 Ich habe eine Patientenverfügung erstellt; der/die Bevollmächtigte soll meinen darin festgelegten Willen befolgen und durchsetzen.

……………. ………………………

Ort, Datum Unterschrift