



ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Muster 2

- Bevollmächtigung in medizinischen Fragen (Patientenvertretung) - gemäß § 1896 II S. 2 BGB

„Sollte ich, _____
auf Grund einer Krankheit oder eines Unfalls meine Wünsche bezüglich der medizinischen Behandlung meiner Person nicht mehr selbst äußern können, so bevollmächtige ich folgende Person, mich in allen medizinischen Fragen zu vertreten.

In diesem Zusammenhang entbinde ich die Ärztin bzw. den Arzt von der Schweigepflicht der/dem Bevollmächtigten gegenüber.

Bevollmächtigte/r (Name): _____

Adresse/Tel.: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Für den Fall, dass die von mir benannte Person in der konkreten Situation nicht in der Lage sein sollte, diese Aufgabe zu übernehmen, so benenne ich folgende Person ersatzweise zu meinem Patientenvertreter/in.

Ersatzbevollmächtigte/r (Name): _____

Adresse/Tel.: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Mit seiner Unterschrift bestätigt die/der Bevollmächtigte bzw. die/der ersatzweise Bevollmächtigte, dass sie/er von meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen hat. Sie/Er sichert mir damit zu, sich dafür einzusetzen, dass im Falle meiner Entscheidungsunfähigkeit meine Wünsche und Wertvorstellungen respektiert werden.“

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.“

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____