

VOLLMACHT

Der/die Unterzeichnete

Name/Vorname, geb.
Adresse

bestellt hiermit

Name/Vorname, geb.
Adresse

zu ihrem/ihrer Bevollmächtigten, für den Fall, dass eine medizinisch/psychologisch/psychiatrisch festgestellte Urteilsunfähigkeit eintritt.

Name/Vorname Bevollmächtigte ist berechtigt, vor Behörden und Privaten die erforderlichen Erklärungen und Unterschriften abzugeben, Verträge abzuschliessen, Vergleiche einzugehen, Gelder und andere Werte in Empfang zu nehmen und dafür rechtsgültig zu quittieren, überhaupt die Angelegenheiten und Rechtshandlungen von *Name/Vorname* mit den Kompetenzen eines/einer Generalbevollmächtigten zu erledigen.

Im speziellen ist *Name/Vorname Bevollmächtigte* bevollmächtigt im Krankheitsfall von *Name/Vorname* mit Ärzten zu verhandeln, Zutritt zu den Behandlungsräumen zu erhalten und über die notwendige Behandlung von *Name/Vorname* in Zusammenarbeit mit den Ärzten und Angehörigen von *Name/Vorname* (Variante: unter Berücksichtigung der PatientInnenverfügung vom xxx) zu entscheiden. Insbesondere entbindet *Name/Vorname* alle in Betracht fallenden Stellen, also namentlich Ärzte, medizinisches Hilfspersonal, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen und private Fürsorgeeinrichtungen von ihrer beruflichen Schweigepflicht gegenüber *Name/Vorname Bevollmächtigte* oder einer von ihr nähert bezeichneten Person.

Die Vollmachtgeberin *Name/Vorname* anerkennt hiermit alle Handlungen und Erklärungen von *Name/Vorname Bevollmächtigte/r* als für sie unbedingt rechtsverbindlich.

Variante

Name/Vorname Bevollmächtigte/r wird von *Name/Vorname Vollmachtgeber/in* verpflichtet, gegenüber *Name/Vorname* z.B. von Kindern jederzeit über ihre/seine Handlungen und Erklärungen für *Name/Vorname Vollmachtgeber/in* mündlich Auskunft zu geben und Einsicht in sämtliche Unterlagen, die *Name/Vorname Vollmachtgeber/in* betreffen, zu gewähren.

Ort, Datum

Name/Vorname Vollmachtgeber/in

Unterschrift