

# Vollmacht für den Krankheitsfall für nicht verheiratete Paare

**Hierdurch bevollmächtige ich,**

---

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

---

meine Lebenspartnerin/meinen Lebenspartner

---

(Name, Geburtsdatum, Anschrift)

---

für den Fall, dass ich auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr in der Lage bin, meine persönlichen Angelegenheiten wahrzunehmen, zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten, soweit eine Vertretung insoweit gesetzlich zulässig ist, insbesondere

bezüglich der Aufenthaltsbestimmung, wie zum Beispiel bei der Entscheidung über meine Aufnahme in ein Krankenhaus, der Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer geschlossenen Anstalt, auch wenn hiermit eine Freiheitsentziehung im Sinne des §1906 BGB verbunden ist,

bei allen Erklärungen bezüglich Maßnahmen in, vor allem bei der Einwilligung in eine ärztliche Untersuchung, in einen ärztlichen Eingriff oder sonstige ärztliche Maßnahme, in eine Heilbehandlung oder Medikation,

bei der Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen durch mechanische Vorrichtungen (wie z.B. das Anbringen von Bettgittern oder das Fixieren mit entsprechenden Hilfsmitteln).

Die behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal sowie die Träger der entsprechenden Einrichtungen sind verpflichtet, dem/der Bevollmächtigten umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen zu erteilen. Die behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden. Diesem/Dieser ist im weitestgehend möglichen Umfang ein Besuchsrecht zu gestatten.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

(Öffentliche Beglaubigung der Unterschrift durch einen Notar)