

**Gegenseitige Vollmacht gegenüber Ärzten und Spitälern betreffend
Zustimmung und Ablehnung von ärztlichen Behandlungen
Entbindung von der Schweigepflicht**

Wir,

Vorname, Name, Geb. Datum, Bürgerort, Wohnadresse

und

Vorname, Name, Geb. Datum, Bürgerort, Wohnadresse

bevollmächtigen uns gegenseitig, die Zustimmung zu ärztlichen Heilbehandlungen des anderen zu erteilen oder abzulehnen, sofern der zu behandelnde dazu nicht mehr selbst in der Lage ist.

Für diesen Fall bevollmächtigen wir uns zudem, sich über den Gesundheitszustand des jeweils Erkrankten umfassend zu informieren und Einsicht in die Krankengeschichte zu nehmen sowie in schweren Fällen auch dessen engsten Angehörigen zu unterrichten. Dem nicht erkrankten Partner kommt ein unbeschränktes Besuchsrecht zu, sofern keine medizinischen Gründe diesem entgegenstehen.

Die behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen sind gegenüber dem nicht erkrankten Partner von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum:

Die Vertragsparteien:

Unterschrift

Unterschrift