

MUSTER VOLLMACHT FÜR DEN ARZTBESUCH

Ich, [Vor- und Nachname des Vollmachtgebers], geboren am [Geburtsdatum], wohnhaft in [Adresse], erteile hiermit eine Vollmacht an [Vor- und Nachname des Bevollmächtigten], geboren am [Geburtsdatum], wohnhaft in [Adresse], um mich bei Arztbesuchen zu vertreten und in medizinischen Angelegenheiten Entscheidungen zu treffen.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, in meinem Namen und Interesse Termine bei Ärzten und anderen medizinischen Fachkräften zu vereinbaren und bei Bedarf Änderungen an diesen Terminen vorzunehmen. Der Bevollmächtigte darf auch in meinem Namen alle erforderlichen Formulare und Dokumente ausfüllen und unterzeichnen, die im Zusammenhang mit medizinischen Untersuchungen oder Behandlungen erforderlich sind.

Ich erkläre ausdrücklich, dass der Bevollmächtigte befugt ist, medizinische Entscheidungen in meinem Namen zu treffen, einschließlich Zustimmung oder Ablehnung von medizinischen Behandlungen, Operationen oder anderen Verfahren. Ich gebe dem Bevollmächtigten auch die Befugnis, medizinische Informationen von Ärzten und anderen medizinischen Fachkräften zu erhalten und in meinem Namen Informationen an sie weiterzugeben.

Diese Vollmacht bleibt in Kraft, bis ich sie ausdrücklich widerrufe oder bis ich nicht mehr in der Lage bin, Entscheidungen zu treffen. Im letzteren Fall kann die Vollmacht durch den Bevollmächtigten oder durch ein Gericht aufgehoben werden.

Datum: [Datum der Unterzeichnung] Unterschrift des Vollmachtgebers: [Unterschrift]