

VOLLMACHT FÜR DEN LEBENSPARTNER IM KRANKENHAUS

Vollmachtgeber (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Vollmachtnehmer (Lebenspartner) (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit bevollmächtige ich meinen Lebenspartner, mich im Krankenhaus in folgenden Angelegenheiten zu vertreten

1. Entscheidungen über medizinische Maßnahmen, einschließlich Einwilligung, Ablehnung oder Widerruf von Behandlungen, Operationen und Untersuchungen.
2. Einsicht in alle medizinischen Unterlagen und Gespräche mit Ärzten und Pflegepersonal.
3. Vertretung bei Behörden und Institutionen im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt.
4. Organisation und Entscheidung über Pflege- und Betreuungsleistungen während des Aufenthalts.
5. Erteilung und Widerruf von Einwilligungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Diese Vollmacht gilt ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung und bleibt gültig, solange der Vollmachtgeber nicht au

Vollmachtgeber

Vollmachtnehmer (Lebenspartner)

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://deindokumentenportal.com/vollmacht-lebenspartner-krankenhaus/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://deindokumentenportal.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.