

Vollmachts-Erklärung

Ich, geb:

wohnhaft:

.....

erteile der nachfolgend genannten Person

..... geb:

wohnhaft:

.....

die Ermächtigung, über mich sachdienliche Auskünfte zu erhalten, falls ich zeitweilig wegen psychischer oder physischer Probleme nicht in der Lage bin, selber zu entscheiden.

Ich entbinde alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, namentlich Ärzte, medizinisches Personal, Spitäler, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen von ihrer beruflichen Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten.

Besonders der Kontakt mit der oben genannten Vertrauensperson bei einer psychiatrischen Hospitalisation, einer psychiatrischen Behandlung und vor meiner Entlassung soll umgehend hergestellt werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Unterschrift: