

■ Informationsvollmacht

Hiermit erteile ich

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum, Geburtsort

Adresse

ohne Zwang und aus freiem Willen folgende Vollmacht

Herrn/Frau

bevollmächtige ich hiermit, sämtliche Informationen, die meine Gesundheit und meinen Aufenthalt betreffen, einzuholen und dazu notwendige Erklärungen abzugeben.

Diese Vollmacht ermächtigt in allen persönlichen Gesundheitsangelegenheiten und bei der Aufenthaltsbestimmung zur Informationsbeschaffung.

Mein Bevollmächtigter darf insbesondere

- ☐ alle meine Krankenunterlagen einsehen.
- ☐ alle Auskünfte von Ärzten, Pflegepersonal, Heimen und Krankenhäusern verlangen.
- ☐ von jedem Dritten Auskünfte über mich betreffende gerichtliche Maßnahmen oder Verfahren, wie z.B. eine Betreuung, verlangen.
- ☐ jederzeit Zutritt zu mir verlangen, egal ob ich mich in meiner Wohnung oder in einem Heim oder Krankenhaus befinde.
- ☐ jederzeit Zutritt zu meiner Wohnung verlangen, auch wenn ich mich selber dort nicht befinde.
- ☐ von jedem Dritten Auskunft darüber einzuholen, wo ich mich befinde.
- ☐ von Beerdigungsinstituten, Gemeinde- oder Stadtverwaltungen oder kirchlichen Stellen Informationen zu meiner Bestattung zu erfragen.

Ich entbinde hiermit alle Ärzte und das Pflegepersonal gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Verschwiegenheitsverpflichtung.

Diese Vollmacht wird mit meiner Unterschrift wirksam und soll sowohl für den Fall, dass ich geschäftsunfähig werde, als auch über meinen Tod hinaus wirksam bleiben.

Sie kann nur durch mich oder im Todesfall durch meine Erben, nicht aber durch einen anderen Bevollmächtigten jederzeit widerrufen werden.

Der Bevollmächtigte darf alle Auskünfte und Informationen nur selbst einholen. Die Erteilung einer Untervollmacht zur Informationsbeschaffung ist ausgeschlossen.

Ort, Datum

Unterschrift
