

VORSORGE - VOLLMACHT

Name:	Vorname:	geboren am:
PLZ/Ort:	Strasse:	
Telefon:	E-mail:	Handy:

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und Funktionen und nach Beratung durch meinen Hausarzt / Rechtsbeistand gebe ich nachstehend meinen Willen kund für den Fall, dass ich selbst nicht mehr zu entscheiden in der Lage sein könnte:

1. Ich bevollmächtige hiermit Herrn/Frau _____ alle Entscheidungen bezüglich therapeutischer Massnahmen für mich zu treffen. Der Entscheidungsumfang schliesst auch den Abbruch aller lebensverlängernden Massnahmen ein, ebenso Wiederbelebung und intensiven Einsatz.
2. Der / die Bevollmächtigte ist auch berechtigt, über Obduktion, Organspende oder Verwendung körperlicher Strukturen und Organe zu wissenschaftlicher Forschung zu entscheiden.
3. Dies ist mein ausdrücklicher Wille. Der / die Bevollmächtigte besitzt mein volles Vertrauen.

Persönliche Daten des / der Bevollmächtigten:

Name:	Vorname:	geboren am:
PLZ/Ort:	Strasse:	
Telefon:	E-mail:	Handy:

Ort / Datum: Unterschrift:

Ort / Datum: Unterschrift:

(Jährliche Erneuerung der Willenserklärung wird empfohlen)