



Waldkrankenhaus St. Marien gGmbH
Rathsberger Str. 57 · 91054 Erlangen

Ethik-Komitee

Vorsitzende: Dr. med. S. Lambridi
Ethikbeauftragter: Dr. med. P. Oppelt

Vorsorgevollmacht

Mit Hilfe einer Vorsorgevollmacht benennt ein geschäftsfähiger Patient für den Fall, dass er außerstande ist, seinen Willen zu bilden oder zu äußern, eine Person seines besonderen Vertrauens.

Diese Person erhält die Vollmacht, mit den behandelnden Ärzten alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen. Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Patient an dieser Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Sie darf auch die Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Zu diesem Zweck entbindet der Patient die behandelnden Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Das entsprechende Formular soll Patienten im Rahmen der präoperativen Aufklärungsgespräche durch die Ärzte der operativen Abteilung und durch die Ärzte der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin angeboten werden, falls

- aufgrund der Art des Eingriffes damit gerechnet werden muss, dass der Patient postoperativ für einen bestimmten Zeitraum nicht einwilligungsfähig sein könnte

oder

- aufgrund des Allgemeinzustandes und oder des Alters des Patienten damit gerechnet werden muss, dass er postoperativ für einen bestimmten Zeitraum nicht einwilligungsfähig sein könnte.



Gesellschafter

Kongregation der St. Franziskusschwestern
Vierzehnheiligen 8 · 96231 Bad Staffelstein
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Zertifiziert nach
proCum Cert und KTQ



Mitglied
bei IQM

HRB 9986, Registergericht Fürth,
Sitz 91054 Erlangen

Geschäftsführer: Diplom-Kaufmann Univ. Udo Kunzmann
Vorsitzende des Aufsichtsrates: Schw. M. Regina Pröls

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich

Name:

Geburtsdatum: Telefon:

Anschrift:

außerstande bin, meinen Willen zu bilden oder zu äußern, benenne ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens:

Name:

Geburtsdatum: Telefon:

Anschrift:

Ich erteile hiermit dieser Person die Vollmacht, mit den behandelnden Ärzten alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen. Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich an dieser Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Sie darf auch die Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Ich weiß, dass diese Vollmacht jederzeit ohne Form widerrufen werden kann.

Ort: Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber:

Unterschrift Bevollmächtigter: