INP Finanz
Ihr Neutraler Partner

Schweigepflichtentbindungserklärung

Vollmacht gegenüber Ärzten und Spitälern
Zustimmung zu ärztlichen Behandlungen und Entbindung von der Schweigepflicht

Ich,

_____ , Geb. Datum: _____

und

_____ , Geb. Datum: _____

bevollmächtigen uns gegenseitig, die Zustimmung zu ärztlichen Heilbehandlungen des andern zu erteilen, sofern der zu Behandelnde dazu nicht mehr selbst in der Lage ist.

Für diesen Fall bevollmächtigen wir uns zudem, sich über den Gesundheitszustand des jeweils Erkrankten umfassend zu informieren sowie in schweren Fällen auch dessen engsten Angehörigen zu unterrichten. Dem nicht erkrankten Partner kommt ein unbeschränktes Besuchsrecht zu, sofern keine medizinischen Gründe diesem entgegenstehen.

Die Ärzte sind gegenüber dem nicht erkrankten Partner von der Schweigepflicht entbunden.

Diese Vollmacht gilt während der Dauer unserer Wohngemeinschaft und über den Tod hinaus.

Ort, Datum, Unterschriften

_____ _____
_____