

MEINE VERTRAUENSPERSON

Ich, Unterzeichnender:

Matrikelnummer:

Wohnhaft in:

Benenne als meine Vertrauensperson:

Name und Vorname:

Matrikelnummer:

Wohnhaft in:

E-Mail:

Telefon:

Für den Fall dass ich weder notwendige Informationen über meinen Gesundheitszustand erfassen noch in der Lage sein sollte meinen Willen auszudrücken, um diesbezüglich Entscheidungen zu treffen, berechtige ich meine Vertrauensperson meinen Willen auszudrücken und die notwendigen Entscheidungen zu treffen. Die ärztliche Schweigepflicht ihr gegenüber ist aufgehoben und sie hat Zugriff auf meine Patientenakte. Dieser Auftrag gilt für jede Situation, in der ich meinen Willen nicht mehr äußern kann.

Datum und Unterschrift:

Als festgelegte Vertrauensperson von Frau/Herrn bin ich bereit, diesen Auftrag anzunehmen.

Datum und Unterschrift:

Die Vertrauensperson gilt laut Artikel 12 des Gesetzes vom 24. Juli 2014 über die Rechte und Pflichten des Patienten, sowie für die Patientenverfügung (Palliativgesetz vom 16. März 2009) und die Bestimmungen zum Lebensende (Euthanasiegesetz vom 16. März 2009).