

1. Daten des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin

Arzt-HBA-ID

Titel und Familienname

Vorname

Name des Krankenhauses oder der Praxis

Straße und Hausnummer des Krankenhauses oder der Praxis

Postleitzahl und Ort des Krankenhauses oder der Praxis

2. Daten des Patienten / der Patientin

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

3. Ärztliche Feststellung zum Patienten / zur Patientin

Der Patient / die Patientin ist bewusstlos oder krank und kann deshalb seine / ihre Angelegenheiten der Gesundheitsorge rechtlich nicht mehr besorgen.

Dieser Zustand liegt spätestens seit folgendem Zeitpunkt vor:

[Datum des Eintritts der Krankheit oder Bewusstlosigkeit, gegebenenfalls der Einlieferung ins Krankenhaus]

4. Daten des / der die Vertretung ersuchenden Ehegatten / Ehegattin

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

5. Versicherung des / der die Vertretung ersuchenden Ehegatten / Ehegattin

Ich bin mit dem Patienten/der Patientin verheiratet und lebe von ihm/ihr nicht getrennt

Mir ist nicht bekannt, dass

mein Ehemann/meine Ehefrau eine Vertretung durch mich in Angelegenheiten der Gesundheitspflege ablehnt,

mein Ehemann/meine Ehefrau jemanden (d.h. mich oder eine andere Person) mit der Vertretung in Angelegenheiten der Gesundheitspflege bevollmächtigt hat,

Ich habe das Ehegattenvertretungsrecht wegen der Bewusstlosigkeit oder Krankheit, aufgrund derer mein Ehemann / meine Ehefrau seine/ ihre Angelegenheiten der Gesundheitspflege heute rechtlich nicht besorgen kann, bisher nicht ausgeübt.

Mir ist bekannt, dass das Vertretungsrecht endet, wenn dessen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, spätestens aber sechs Monate nach dem von dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin oben bestätigten Datum.

6. Versicherung des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin

Aufgrund meiner Einsichtnahme in das Zentrale Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer am

liegen mir keine Erkenntnisse vor, die den unter Nr. 5 versicherten Angaben entgegenstehen.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Ort, Datum

Unterschrift des Ehegatten / der Ehegattin

Das Original dieses Dokuments ist gemäß § 1358 Absatz 4, S. 2 BGB dem / der die Vertretung ersuchenden Ehegatten / Ehegattin auszuhändigen.