

Vollmacht

Die Unterzeichnete / Der Unterzeichnete (Name Vorname)

geboren am (Datum)

Bürger/in von (Bürgerort)

erteilt hiermit (Name Vorname)

geboren am (Datum)

Bürger/in von (Bürgerort)

Bis auf Widerruf folgende Generalvollmacht:

Sie ist berechtigt, sämtliche Auskünfte – ohne Einschränkung – gegenüber den mich behandelnden Ärzten/Ärztinnen, Pflegefachpersonen in Spitälern, Kliniken, Privatpraxen, Wohnheimen und sonstigen Einrichtungen aus dem Pflege- und Fürsorgebereich, gegenüber Behörden und Anwälten/Anwältinnen meine Person betreffend einzuholen und mich dementsprechend zu vertreten.

Diese Vollmacht tritt per sofort in Kraft. Sie gilt auch, wenn durch ein fachärztliches Gutachten (medizinisches und/oder psychiatrisches) meine diesbezügliche Unfähigkeit bescheinigt werden sollte.

Ort, Datum

Vorname Nachname

.....

**Amtliche Beglaubigung
siehe Rückseite**

