

Ehegattennotvertretung

Name
des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin
mit Name und Anschrift der Klinik/Praxis

Ärztliche Feststellung zum Patienten/zur Patientin

[Familiename, Vorname des Patienten/der Patientin]

[Geburtsdatum]

[Geburtsort]

[Straße und Hausnummer]

[Postleitzahl und Wohnort]

ist krank oder bewusstlos und kann deshalb seine/ihre Angelegenheiten der Gesundheits-
sorge **spätestens seit dem**

[Datum des Eintritts der Krankheit oder Bewusstlosigkeit, gegebenenfalls der Einlieferung im Kranken-
haus]

rechtlich nicht mehr besorgen.

Der vertretende Ehegatte/Die vertretende Ehegattin

[Familienname, Vorname des vertretenden Ehegatten/der vertretenden Ehegattin]

[Geburtsdatum]

[Geburtsort]

[Straße und Hausnummer]

[Postleitzahl und Wohnort]

[Anschrift – nur erforderlich, wenn diese vom Wohnsitz des Patienten/der Patientin abweicht]

hat dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin Folgendes versichert:

- 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,
 - für meinen Ehemann/meine Ehefrau ein Betreuer/eine Betreuerin in Angelegenheiten der Gesundheitspflege gerichtlich bestellt ist.
- 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Ehegatten/der Ehegattin

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin