

ERNENNUNG EINER THERAPEUTISCHEN VERTRETUNG

Der Unterzeichnete (NAME und VORNAME des Heimbewohners):

Geburtsdatum:

Beherbergt im Heim:

ernennt hiermit

Frau / Herr:

Adresse:

Wohnort:

Telefonnummer:

Verwandtschaftsgrad :



HOME
PFLEGEHEIME



SPITALWEG
SPITEX



FOYER DE JOUR
TAGESSTÄTTE



PUÉRICULTURE
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch

ZUR BEZUGSPERSON IM BEREICH THERAPEUTISCHER

VERTRETUNG

Im Fall meiner Urteilsunfähigkeit bespricht der therapeutische Vertreter mit dem behandelnden Arzt die medizinischen Massnahmen in meinem Namen (Art. 370 des Zivilgesetzbuches).

Bemerkung:

Der Heimbewohner kann dem Vertreter Anweisungen im Hinblick auf die Pflege, die er sich wünscht oder ablehnt, verfassen (siehe Patientenverfügung).

Der Heimbewohner kann Ersatzlösungen vorsehen, im Fall, dass der therapeutische Vertreter das Mandat ablehnt oder kündigt, oder dass er für dessen Erfüllen nicht fähig ist.

Der therapeutische Vertreter handelt nach den objektiven Interessen des Heimbewohners und berücksichtigt seinen mutmasslichen Willen (Art. 51 des Gesundheitsgesetzes).

Die vorliegende Vollmacht ist zeitlich nicht begrenzt. Sie ist gültig, sobald der Vertreter und der Auftraggeber bei der Dokumentunterzeichnung urteilsfähig sind.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____



HOME
PFLEGEHEIME



SPITEX



FOYER DE JOUR
TAGESSTÄTTE



PUÉRICULTURE
MÜTTER-/VÄTERBERATUNG

AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch