Formular **Ehegattennotvertretung**

Ärztliche Feststellung zum Patienten

[Name, Vorname des Patienten]

[Geburtsdatum] [Geburtsort]

[Adresse]

ist krank oder bewusstlos und kann deshalb seine Angelegenheiten der Gesundheitssorge spätestens seit dem

[Datum des Eintritts der Krankheit oder Bewusstlosigkeit, ggf. der Einlieferung im Krankenhaus]

rechtlich nicht mehr besorgen.

Der vertretende Ehegatte

[Name, Vorname, ggf. Geburtsname]

[Geburtsdatum] [Geburtsort]

[Adresse]

hat dem behandelnden Arzt Folgendes versichert:

- Ich bin mit dem Patienten verheiratet und lebe von ihm nicht getrennt.
- Mir ist nicht bekannt, dass
  - mein Ehepartner eine Vertretung durch mich in Angelegenheiten der Gesundheitssorge ablehnt,
  - mein Ehepartner jemanden (das heißt mich oder eine andere Person) mit der Vertretung in Angelegenheiten der Gesundheitssorge bevollmächtigt hat,
  - für meinen Ehepartner ein Betreuer in Angelegenheiten der Gesundheitssorge gerichtlich bestellt ist.
- Ich habe das Ehegattennotvertretungsrecht wegen der Bewusstlosigkeit oder Krankheit, aufgrund derer mein Ehepartner Angelegenheiten der Gesundheitssorge heute rechtlich nicht besorgen kann, bisher nicht ausgeübt.
- Mir ist bekannt, dass das Notvertretungsrecht endet, wenn dessen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, spätestens aber sechs Monate nach dem von dem behandelnden Arzt oben bestätigten Datum.

[Ort/Datum] [Unterschrift des vertretenden Ehegatten]

[Ort/Datum] [Unterschrift des behandelnden Arztes]

© Wolters Kluwer Steuertipps GmbH