

## 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**

---

*[Familiennamen, 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 Gesundheitsversorgung ablehnt,
  - mein Ehemann/meine Ehefrau jemanden (d.h. mich oder eine andere Person) mit der Vertretung in Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung bevollmächtigt hat,
  - für meinen Ehemann/meine Ehefrau ein Betreuer/eine Betreuerin in Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung gerichtlich bestellt ist.
- Ich habe das Ehegattenvertretungsrecht wegen der Bewusstlosigkeit oder Krankheit, aufgrund derer mein Ehemann/meine Ehefrau seine/ihre Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung 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*