

Fuldmagt ved sygdom

Jeg, [Navn på fuldmagtsgiver], født den [Fødselsdato], bosiddende på [Adresse], giver hermed fuldmagt til [Navn på fuldmagtshaver], født den [Fødselsdato for fuldmagtshaver], bosiddende på [Adresse for fuldmagtshaver], til at handle på mine vegne i tilfælde af sygdom.

Fuldmagten omfatter, men er ikke begrænset til, følgende beføjelser:

1. At træffe beslutninger vedrørende min medicinske behandling og sundhedspleje.
2. At fremskaffe og modtage oplysninger om mine helbredstilstande fra læger og andre sundhedsprofessionelle.
3. At underskrive dokumenter relateret til min behandling og sundhedsområdet.
4. At repræsentere mig i forhold til offentlige instanser vedrørende mine sundhedsmæssige forhold.

Fuldmagten træder i kraft den [Dato for ikrafttrædelse] og gælder indtil [Dato for ophør, hvis relevant, eller angivelse af 'indtil jeg selv tilbagekalder den'].

Denne fuldmagt er udarbejdet i overensstemmelse med gældende dansk ret.

Underskrift:

[Navn på fuldmagtsgiver]
[Dato for underskrift]

[Navn på fuldmagtshaver] (for accept)
[Dato for underskrift]