

# Handlungs- und Vorsorgevollmacht

Ich,  
Name, Vorname

geb. am, Datum, PLZ und Ort

Wohnhaft,  
Straße, PLZ und Ort

## erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname  
geb. am, Datum, PLZ und Ort

Wohnhaft,  
Straße, PLZ und Ort

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, im Falle eines Notfalls in meinem Sinne wie folgt zu handeln:

- Notarzt und Krankenwagen zu alarmieren
- Mitfahrt im Krankenwagen bis zum jeweiligen Krankenhaus
- Anwesenheit bei der Erstversorgung durch den Notarzt
- Anwesenheit im Krankenhaus während der Erstversorgung durch den diensthabenden Arzt
- Hinweis auf meine Erkrankung Morbus Addison (Addison-Krise)
- Hinweis auf lebensnotwendige Sofortmaßnahmen im Falle einer drohenden Addison-Krise
- Anwesenheit bis die lebensnotwendigen Maßnahmen ausgeführt sind

**Lebensnotwendige Maßnahme im Falle einer Addison-Krise:  
Patient/in benötigt umgehend die Hydrocortisongabe 100mg intravenös.  
Bitte Notfallausweis beachten!**

**Dieses Dokument ist ein Original und muss auch als solches im Notfall vorliegen und danach gehandelt werden!**

..... Datum .....  
Ort Datum Unterschrift Vollmacht-Geber/in

..... Datum .....  
Ort Datum Unterschrift Bevollmächtigte/r