

Name:
Geburtsdatum:
Wohnort:

Musterbeispiel **Vorsorgevollmacht**

Für den Fall, daß ich vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich über meinen Tod hinaus gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2, 164 ff. BGB

Frau/Herrn.....geb.am:.....

wohnhaf:.....Telefon:.....

ersatzweise

Frau/Herrn

wohnhaf:.....Telefon:.....

Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.

I. Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten, meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Die Vollmacht umfasst die in § 1904 Abs. 1 S. 1 BGB und § 1906 Abs. 1 und 3 BGB genannten Maßnahmen

Die Vollmacht umfasst insbesondere folgende Inhalte:

a) Im gesundheitlichen Bereich

(1) die Abgabe von Erklärungen im Behandlungsgeschehen, z. B. die Einwilligung in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder operativer Eingriffe, gleichgültig ob es sich um lebensgefährdende oder mit schwerwiegenden Nebenwirkungen bzw. Folgen behaftete Maßnahmen handelt oder nicht;

(2) die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einem Pflegeheim oder eine Einrichtung mit Freiheitsentzug bzw. über das Veranlassen dieser Einrichtungen;

(3) die Einwilligung in freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, wenn sie nicht nur der Beherrschung einer akuten Situation dienen, sondern über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durchgeführt werden sollen;

(4) die Einwilligung zur Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen (z.B. Wiederbelebung, Beatmung, Bluttransfusion, Dialyse, Medikamente) oder in einen Behandlungsverzicht. Die Einwilligung darf von meinem(n) Bevollmächtigten nur erteilt werden, wenn bei schwersten körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit sowie fortschreitendem geistigen Verfall nach einstimmiger Beurteilung meiner behandelnden Ärzte keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht;

Ich wünsche,

- keine Behandlung durch Magensonde, Magenfistel
- keine Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfekten
- weitestgehende Beseitigung von Begleitumständen, insbesondere Schmerzen;
eine damit unter Umständen verbundenen Lebensverkürzung nehme ich in Kauf

(6) die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene ärztliche und pflegerische Betreuung zukommen lassen, die zugleich auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst. Die Kontrolle bezieht sich auch auf die Sterbebegleitung und die Leihilfe, die Ärzte verpflichtet, Schmerz, Atemnot, unstillbaren Brechreiz, Erstickungsangst oder vergleichbaren schweren Angstzuständen entgegenzuwirken, selbst wenn mit diesen palliativen Maßnahmen das Risiko einer Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen werden kann;

Außerdem umfasst die Vollmacht,

(7) die Einwilligung zur Teilnahme an einem medizinischen Forschungsprojekt;

(8) die Einwilligung zu einer Obduktion zur Befunderklärung;

(9)

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte meinen Bevollmächtigten über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären, um ihm seine Entscheidung im gesundheitlichen Bereich zu ermöglichen. Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten, meine Krankenunterlagen einzusehen.

Mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation bin ich einverstanden / nicht einverstanden / einverstanden mit

Ausnahme folgender Organe:

.....

b) im vermögensrechtlichen Bereich umfasst die Vollmacht insbesondere (ergänzend zu a)) die Befugnis,*

(1) das Recht über mir gehörende Vermögensgegenstände zu verfügen;

(2) von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abzuheben oder Überweisungen vorzunehmen, um einen Krankenhausaufenthalt oder den Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der durch Versicherung nicht gedeckten Arztkosten sowie den laufenden Mietzins für meine Wohnung und sonstige laufende Unkosten zu bezahlen. Ich weise meine Bank / Sparkasse an, nicht auf einer beglaubigten Vollmacht zu bestehen;

(3) Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen abzuschließen;

(4) Zahlungen für mich entgegenzunehmen, zu quittieren oder Zahlungen vorzunehmen;

(5) in meinem Namen Verbindlichkeiten einzugehen;

(6) im Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern

(7) Anträge auf Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie auf Sozialhilfe zu stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtsweg zu verfolgen;

(8) mich gegenüber Behörden, Gerichten, Privatkassen und Krankenkassen sowie sonstigen öffentlichen Einrichtungen und gegenüber Privatpersonen außergerichtlich und gerichtlich zu vertreten sowie alle Prozesshandlungen für mich vorzunehmen;

(9) in Vermögensangelegenheiten Untervollmacht zu erteilen. Von den Beschränkungen des § 181 BGB ist der Bevollmächtigte befreit.

(10)

II. Widerruf der Vollmacht

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

III. Zum Fall einer Betreuung (nicht die Person des/der Bevollmächtigten einsetzen)

Sollte trotz dieser Vollmacht ausnahmsweise die Bestellung eines Betreuers notwendig werden, weil z.B. die/der Bevollmächtigte ihre/seine Aufgabe (insbesondere wegen Krankheit) nicht wahrnehmen kann, so schlage ich dafür vor:

Name:.....Geburtsdatum:.....

Wohnhaft:.....Telefon:.....

IV. Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers:

.....

Ich /Wir bestätige(n), daß Frau/Herr.....

die Versorgungsvollmacht im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfaßt hat.

Unterschrift(en) des/der Zeugen** mit Ort und Datum. Zusätzlich Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes.

.....

Namen:.....Geburtsdatum:.....

Ort, Datum:.....

* Unzutreffendes bitte streichen. Eigene Wünsche anfügen.

** Im Fall notarieller Beurkundung werden keine Zeugenunterschriften benötigt. Eine notarielle Beurkundung ist nur dann zwingend notwendig, wenn Sie Immobilien besitzen und die Vollmacht sich auch auf Rechtsgeschäft um die Immobilie (Belastung, Veräußerung, etc.) erstreckt.