

Vorsorgevollmacht mit Betreuungsverfügung

Ich,(Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

erteile hiermit Vollmacht an

.....
(Name, Vorname, Geburtsdatum) (Bevollmächtigte/r, Vertrauensperson)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe:

Gesundheitsorge Ja : Nein:

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Modalitäten von Heim- oder Hauspflege, meinen Aufenthalt bestimmen sowie meine Wohnung kündigen und meinen Haushalt auflösen.
- Sie darf insbesondere zu sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904, Abs. 1 BGB)
- Sie kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben, wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe. Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Anstalt (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.
- Sie darf in meinem Namen bereits erteilte Einwilligungen zurücknehmen oder Einwilligungen verweigern, Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Post Ja : Nein:

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen und über den Fernmeldeverkehr entscheiden.

Behörden Ja : Nein:

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Vermögensorge Ja : Nein:

- Sie darf mein Vermögen verwalten sowie Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
(Achtung: Kreditinstitute verlangen i. d. R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!
Für Immobiliengeschäfte ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

Betreuungsverfügung Ja : Nein:

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung ("rechtliche Betreuung") erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Vollmachtgeber/in)

.....
(Unterschrift Vollmachtnehmer/in)

4. In den unter Punkt 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht (also bei Gehirnschädigungen mit voraussichtlich irreversiblen Bewusstseinsverlust), wünsche ich, sterben zu dürfen und verlange:

- Verzicht auf künstliche Ernährung (weder über Magensonde oder durch Mund, Nase oder Bauchdecke noch über die Vene)..... Ja : Nein:
- verminderte Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen..... Ja : Nein:

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe. Ich weiß sehr wohl, dass ich im Koma vielleicht in irgendeiner Form, vielleicht "auf anderer Ebene" meine Umwelt wahrnehmen könnte und ich aus einem dauerhaften Komazustand möglicherweise aufwachen könnte.

5. Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erstellt und den Inhalt der Patientenverfügung mit dem/der/den nachfolgend bezeichneten Bevollmächtigten besprochen..... Ja : Nein:

Name:
 Anschrift:
 Telefon:

Name:
 Anschrift:
 Telefon:

Ich weiß, daß ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder widerrufen kann. Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, daß mir in der konkreten Situation eine mögliche Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als interpretierender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ort	Datum	Unterschrift

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung für die Wirksamkeit ist nicht verpflichtend. Wir raten aber, sich umfassend zu informieren.

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name:

Telefon:

Anschrift: