

Muster 1

Name:

Geburtsdatum:

Wohnort:

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, auch über meinen Tod hinaus gemäß §§ 1896 Abs. 2, 164 ff BGB

Frau/Herrn

geb. am:

wohnhaft:

Telefon:

ersatzweise

Frau/Herrn

geb. am:

wohnhaft:

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 der Vollmacht zum Ausdruck kommt.

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 operative 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 einer Einrichtung mit Freiheitsentzug bzw. über das Verlassen 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 oder in einen Behandlungsverzicht. Die Einwilligung darf von meinem(n) Bevollmächtigten nur erteilt werden, wenn bei schwerstem körperlichem 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;
- (5) die Einwilligung zur Teilnahme an einem medizinischen Forschungsprojekt;
- (6) die Einwilligung zu einer Obduktion zur Befundklärung;
- (7) ...

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.

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) 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;
- (2) Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen abzuschließen;
- (3) im Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern;
- (4) Anträge auf Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung, auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie auf Sozialhilfe zu stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtswege zu verfolgen.

c) Im postalischen Bereich umfaßt die Vollmacht insbesondere die Befugnis,

- (1) der Entgegennahme meiner Post,
- (2) des Öffnens meiner Post,
- (3) meine Post an die Adresse des/der Bevollmächtigten oder an einen von diesem zu bestimmenden Ort zustellen zu lassen.

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 Aufgaben (insbesondere wegen Krankheit) nicht wahrnehmen kann, so schlage ich dafür vor:

Frau/Herrn

geb. am:

wohnhaft:

Telefon:

Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers:

Ich/Wir bestätige(n) mit unserer Unterschrift, dass Herr/Frau

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

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

Muster 2

(Name)

Altersvorsorgevollmacht

Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlich, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können oder in meiner natürlichen Einsichtsfähigkeit derart beeinträchtigt sein, dass ich nicht mehr im Stande bin, mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten wirksam auszuüben, so bevollmächtige ich mit sofortiger Wirkung, mich in allen Vermögens- und persönlichen Angelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen für mich an meiner Stelle ohne Einschaltung des Vormundschaftsgerichtes zu treffen und zu vollziehen:

Diese Vollmacht, die d. Bevollmächtigten weitgehende und umfassende Befugnisse einräumt, umfasst insbesondere folgende Maßnahmen:

- Im vermögensrechtlichen Bereich

1. die Befugnis, von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abzuheben, um einen Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der Arztkosten sowie alle Kosten, die im Zusammenhang mit dem täglichen Lebensbedarf bestehen, zu bezahlen;
2. die Befugnis, für den Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Einrichtungsgegenstände zu veräußern. Soweit bestimmte Gegenstände meinen Erben vermacht sind, sind diese Gegenstände zurückzubehalten und nach meinem Tode gemäß der letztwilligen Verfügung auszuhändigen;
3. d. Bevollmächtigte ist berechtigt, Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen abzuschließen.

- Im Bereich der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechtes

1. die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt oder die Aufnahme in eine Krankenhaus;
2. die Entscheidung über freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, die aus medizinischer Indikation notwendig werden, wie z.B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mittels Gurten oder anderer mechanischer Vorrichtungen nebst der Verabreichung betäubender Medikamente; auch von Medikamenten, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen und Folgen haben oder haben können;
3. die Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Behandlungen und Eingriffen, gleichgültig ob es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt oder nicht;

4. die behandelnden Ärzte entbinde ich _____ mittels dieser Vollmacht von ihrer ärztlichen Schweigepflicht;
5. die Berechtigung zur Entgegennahme und dem Öffnen der Post.

Ich behalte mir ausdrücklich vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Die Feststellung, dass ich wegen Krankheit oder aufgrund meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden. Gleiches gilt für die Feststellung, ob eine Schädigung irreversibel ist oder ob die Erkrankung zum Tode führt.

Ich bin mir der Tragweite dieser Vollmacht bewusst. Diese Vollmacht habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte unterschrieben.

Über die Rechtsfolgen, insbesondere den Verlust der Kontrolle durch das Vormundschaftsgericht sind mir bekannt.

D. Bevollmächtigte hat mich in den zurückliegenden Jahren so gut versorgt, dass ich keine Bedenken gegen ihre Urteilsfähigkeit und ihr pflichtgemäßes Handeln habe.

Sollte infolge eines formalen oder rechtlichen Fehlers eine oder mehrere Bestimmungen der Vollmacht unwirksam sein, so soll nicht die gesamte Vollmacht unwirksam sein.

Kommt das ggf. mit der Sache befasste Betreuungsgericht zu der Überzeugung, das zumindest ein Kontrollbetreuer eingesetzt werden muss, so mache ich von dem Recht Gebrauch, d. Bevollmächtigte von der Rechnungslegungspflicht zu befreien.

Im Falle, dass d. Bevollmächtigte aus Gründen, die ausschließlich in ihrer/seiner Person bestehen, die Betreuung nicht übernimmt, so soll ein Betreuer durch das Vormundschaftsgericht bestimmt werden.

Vollmachtgeber:

(Unterschrift)

Als Zeuge/n:

(Unterschrift)