

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 _____
wohnhafte _____ Telefon: _____

ersatzweise

Frau/Herrn _____ geb. am _____
wohnhafte _____ 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.

1. 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 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,
- 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
 - Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen abzuschließen
 - im Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern
 - 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

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

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. Zusätzlich Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes.

.....
.....
.....

* Unzutreffendes bitte streichen. Eigene Wünsche anfügen.
** Im Fall notarieller Beurkundung werden keine Zeugenunterschriften benötigt