

Vollmachtgeber:

, geb.

Anschrift:

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Ich, , bevollmächtige x1

, geb.

Anschrift:

mich für den Fall, dass ich infolge schwerer körperlicher oder psychischer Erkrankung in meiner Entscheidungsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt sein sollte, so dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann oder will, in allen finanziellen Angelegenheiten zu vertreten. x1 soll dann ebenso in allen persönlichen Angelegenheiten meine Rechte wahren, weil ich ihm vertraue. Seine Rechtshandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, wie wenn ich sie selbst ausführen würde.

Ist er nicht in der Lage, diese Vollmacht auszuüben, bestelle ich hiermit als Bevollmächtigten.

Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, mich selbst zu vertreten, dann soll x1 zu meinem gesetzlichen Betreuer bestellt werden. X1 kennt meine Einstellungen und Wünsche und kann sie gerichtlich und außergerichtlich vertreten.

Als Ergänzungsbetreuer benenne ich

x1 soll im Falle meines Todes Vormund meiner minderjährigen Kinder werden.

1. Die Vollmacht berechtigt insbesondere zur Verwaltung meines Vermögens und zur Verfügung über meine Konten bei Banken und Sparkassen sowie zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zum Inkasso, zum Eingehen von Verbindlichkeiten.

2. Ich möchte meinen bisherigen Lebensstandard beibehalten. Dazu soll, wenn nötig, das Vermögen verbraucht werden.

Die Vollmacht berechtigt

3. ... zur Vertretung in Renten-, Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Angelegenheiten und zur Beantragung von Renten (Versorgungsbezügen) oder Sozialhilfe.

4. ... zu geschäftlichen Handlungen und zu allen Verfahrenshandlungen.

5. ... Rechtsstreitigkeiten in meinem Namen durch alle Rechtszüge zu führen, Bevollmächtigte hierfür zu bestellen, Vergleiche abzuschließen, Vertichte zu erklären und Ansprüche anzuerkennen, Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, einstweilige Verfügungen und Arreste zu erwirken.

6. ... zum Abschluß eines Heimvertrags oder einer ähnlichen Vereinbarung.

7. Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf meine Vertretung bei allen öffentlichen Registern.

8. Die Vollmacht dient auch zur Regelung meines Aufenthaltsortes.

9 Die Vollmacht berechtigt zum Abholen und Öffnen meiner Post und zur Abmeldung meines Telefons.

10. ich habe einen Grabpflegevertrag abgeschlossen. Dieser Vertrag darf von meinen Angehörigen nach meinem Tod nicht gekündigt werden.

11. Die Vollmacht berechtigt zur Auflösung des Mietverhältnisses über meine Wohnung.

12. Sollte der Umzug in ein Heim unvermeidlich sein, so möchte ich mich mit dem Verkaufserlös aus meinem Haus in das Stift

(Name, Anschrift)

einkaufen und meinen Aufenthalt dort finanzieren.

13. Ich möchte bis zum Tod in meiner Wohnung bleiben.

14.

(Name, Anschrift)

soll mich - bei Bedarf - pflegen und kann dann ihren Wohnsitz bei mir nehmen.

15. Wenn ich in einem Heim leben muß, soll mein Haus nicht verkauft werden. Wenn nach einem halben Jahr klar ist, dass ich nicht mehr zurückziehen kann, kann das Haus vermietet werden. Meine Möbel sollen bis zu meinem Tod eingelagert werden.

16. Sollte eine Heimaufnahme notwendig werden, möchte ich in folgendem Heim wohnen:

(Name, Anschrift)

17. Wenn ich in dem von mir ausgewählten Heim nicht wohnen kann, soll
- a) in meiner gewohnten Umgebung ein anderes Heim gesucht werden oder
 - b) ein anderes Heim in der Nähe meiner Bevollmächtigten.

(Name, Anschrift)

18. Sollte eine Wohnungsauflösung erforderlich werden, sollen folgende Möbel und Gegenstände:

ausgehändigt werden an:

(Name, Anschrift)

19. Die Vollmacht gilt erst, wenn der oder die Bevollmächtigte durch ein fachärztliches Zeugnis nachweist, dass ich geschäftsunfähig bin oder dass Zweifel an meiner Geschäftsfähigkeit bestehen.

20. Die Vollmacht gilt erst bei Vorlage eines fachärztlichen Zeugnisses, das bescheinigt, dass ich nicht mehr verantwortlich handeln kann oder körperlich dazu nicht mehr in der Lage bin.

21. Der oder die Bevollmächtigte kann im Einzelfall Untervollmacht erteilen.

22. Die Aufgabenerledigung soll unentgeltlich erfolgen. Der oder die Bevollmächtigte hat Anspruch auf Ersatz der Auslagen.

23. Meiner/meinem Bevollmächtigten soll ihr/sein Engagement monatlich mit DM _____ vergütet werden. Der Betrag soll den Veränderungen der Lebenshaltungskosten ab heute jährlich angepaßt werden.

24. Zu benachrichtigen sind

(Name, Anschrift)

25. Für den Fall, dass meine Bevollmächtigte die Aufgabe, aus welchen Gründen auch immer, nicht annehmen kann, bevollmächtige ich als Ersatzperson:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

26. Wenn die von mir zur Betreuung benannte Person die Betreuung nicht ausführen kann, so soll an deren Stelle

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

mein Rechtlicher Betreuer werden.

27. Falls ein Betreuer benötigt wird, um meine Rechte gegenüber meiner Bevollmächtigten zu wahren, möchte ich, dass dies von folgender Person übernommen wird:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

28. Keinesfalls wünsche ich, dass folgende Person meine Betreuung übernimmt:

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

29. Folgende Handlungen sollen von der Vollmacht ausgeschlossen sein:

30. Mein Bevollmächtigter darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, auch wenn die Gefahr besteht, dass ich dabei sterbe oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Er muß dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einholen.

31. Die Bevollmächtigte ist berechtigt, Erklärungen bei ärztlichen Behandlungen abzugeben. Ich entbinde hierfür meine Ärzte gegenüber der Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

32. Bei der Zustimmung zu medizinischen Eingriffen verfüge ich,
- dass alle Maßnahmen mit den Ärzten intensiv beraten werden,
- dass lebensverlängernde Maßnahmen nur angewandt werden, wenn gute Aussichten bestehen, dass sich mein Zustand entscheidend verbessert.

33. Im Falle einer schweren Erkrankung oder bei erforderlicher Intensivpflege möchte ich den Beistand eines Geistlichen der Konfession: _____

34. Ich wünsche eine umfassende Schmerztherapie ohne Rücksicht auf eventuelle Nebenwirkungen

35. Maßnahmen zur Pflegeerleichterung sollen nur getroffen werden, wenn sie mein Leiden nicht verlängern oder verschlimmern.

36. Ich verlange, dass eine intensivmedizinische Behandlung, Sonderernährung oder sonstige vergleichbare lebenserhaltende Maßnahmen nach ___ Monaten abgebrochen werden. Ich beauftrage meine Bevollmächtigte/Gesetzliche Betreuerin, alle rechtlichen Mittel gegenüber den Ärzten in Anspruch zu nehmen, um die Beendigung der obengenannten lebenserhaltenden Maßnahmen durchzusetzen.

37. Ich verlange, dass eine intensivmedizinische Behandlung oder sonstige vergleichbare lebenserhaltende Maßnahmen nach ___ Monaten abgebrochen werden. Sollte eine Sonde zur Ernährung gelegt worden sein, möchte ich nicht, dass sie entfernt wird. Ich will nicht verhungern oder verdursten.
Ich beauftrage meinen Bevollmächtigten/Rechtlichen Betreuer, alle rechtlichen Mittel gegenüber den Ärzten in Anspruch zu nehmen, um die Beendigung der oben genannten lebensverlängernden Maßnahmen durchzusetzen.

38. Meine Vertrauensperson kann in ärztliche Maßnahmen einwilligen oder deren Beendigung bestimmen. Ein Leben ohne Bewußtsein und ohne Aussicht auf Besserung wünsche ich nicht. Sollte ein solcher Zustand eintreten und länger als ___ Monate andauern, sollen die Maßnahmen zur künstlichen Lebensverlängerung eingestellt werden.

39. Ich wünsche keine Verlängerung meines Leidens oder Sterbens durch die Intensivmedizin, wenn zwei Ärzte/Ärztinnen bestätigen, dass keine Heilung oder Besserung meiner Krankheit mehr möglich ist. Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte meine Ärzte/Ärztinnen, mir dabei zu helfen.

40. Im Falle einer andauernden Bewußtlosigkeit oder einer unheilbaren oder kurzfristig zum Tode führenden Krankheit wünsche ich lediglich Grundpflege und eine umfassende Schmerztherapie.

41. Wenn eine Situation eintritt, in der mein Leben unmittelbar gefährdet ist und in der keine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung meines Zustandes im Hinblick auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität mehr besteht, wünsche ich keine kurzfristig lebensrettenden Maßnahmen, insbesondere keine Wiederbelebung bei Herzstillstand, Atemstillstand, Stoffwechsellentgleisung und/oder schwerer dauerhafter Schädigung meiner Gehirnfunktionen. Ich wünsche, dass diese Erklärung schriftlich zum Verbleib in der Krankenakte gegeben wird.

42. Ich wünsche, dass alle ärztlichen Maßnahmen, die möglich sind, ergriffen werden, um mein Leben zu verlängern.

43. Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organtransplantation frei.

44. Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organtransplantation frei, jedoch möchte ich nicht, dass

45. Ich wünsche nicht, dass nach meinem Tod Organe aus meinem Körper entnommen werden.

46. Die Bevollmächtigte kann auch über Handlungsweisen entscheiden, die meine Bewegungsfreiheit betreffen. Außerdem soll sie auch über eine Unterbringung entscheiden können, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist. Die Bevollmächtigte benötigt dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes. Sie hat die Maßnahme zu beenden, wenn die Voraussetzungen entfallen.

Diese Vollmacht gilt nur, solange ich selbst aufgrund meiner körperlichen Situation nicht entscheidungsfähig bin. Diese Vollmacht darf nicht durch eine Untervollmacht übertragen werden.

Erweisen sich einzelne Teile dieser Vollmacht als unwirksam, sollen die anderen Teile weitergelten.

Die Vollmacht gilt nur, wenn der Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht vorlegen kann. Die Vollmacht und das ihr zugrundeliegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte; sie bleiben auch über meinen Tod hinaus in Kraft.

Für Entscheidungen, die nicht aufgrund meiner Vollmacht getroffen werden können, verfüge ich, dass der Bevollmächtigte zum Betreuer bestellt werden soll.

, den

Unterschrift

Ich habe den Inhalt erneut überprüft und bestätige, dass dies weiterhin mein Wille ist.

, den

Unterschrift

Patiententestament

Das Patiententestament - nicht zu verwechseln mit einem Testament im herkömmlichen Sinn - dokumentiert den Willen eines Patienten für den Fall, dass er sich nicht mehr äußern kann. Es richtet sich an Ärzte und ist ein gewichtiges Indiz für den mutmaßlichen Willen des Patienten bezüglich der medizinischen Behandlung.

Wir empfehlen, diese Willenserklärung als Bestandteil einer Vorsorgevollmacht abzugeben und sie zusätzlich als Auszug - zum Verbleib bei den Krankenakten - gesondert zu gestalten.

Bei Kombination mit einer Betreuungsverfügung sollten Sie das Patiententestament - mit dem jeweils behandelnden Arzt als Adressaten - gesondert anfertigen.

Dadurch werden Zweifel an der Betreuungsverfügung und der Vorsorgevollmacht erschwert.

Zum Inhalt eines Patiententestamentes geben wir hier ein Beispiel, das Sie allerdings individuell erweitern oder ändern sollten.

Handschriftlich: „Ich, X.Y, geb. am in , heute wohnhaftschreibe hiermit mein persönliches Patiententestament nach eingehender Diskussion mitEine Kopie hinterlege ich bei meinem Rechtsanwalt..... Eine weitere Kopie werde ich zu Hause, im Arbeitszimmer, in der Akte mit der Aufschrift....deponieren. Ich habe außerdem eine Betreuungsverfügung kombiniert mit einer Vorsorgevollmacht erstellt. Zur Zeit bin ich nicht schwer erkrankt. Ich leide aber an.....Ich habe an den Schicksalen von Bekannten erlebt, was es bedeuten kann, wenn Verfügungen wie diese nicht vorhanden sind. Ich möchte mein Leben nicht unter Hilfenahme aller medizinischer Mittel verlängern lassen sondern einen natürlichen Tod sterben, möglichst zu Hause oder.....Das ist mir wesentlich wichtiger als vielleicht ein halbes Jahr länger durch medizinische Technik körperlich am Leben erhalten zu werden, etwa auf der Intensivstation eines Krankenhauses. Natürlich heißt das nicht, dass ich gar nicht mehr behandelt werden möchte. Im Falle z.B. eines Unfalles möchte ich behandelt werden, auch wenn ich mehrere Tage bewusstlos bin. Aber wenn die Bewußtlosigkeit über einen Monat andauert und die Ärzte mir keine Chance auf eine Genesung mit geistiger Gesundheit geben, dann verfüge ich hiermit ausdrücklich, dass keine weiteren Operationen erfolgen sollen. Die Prognosen darüber sollen von mindestens zwei Ärzten getroffen werden. Den Untersuchungen, die notwendig sind, um die Prognosen abgeben zu können, stimme ich zu, auch wenn es sich um körperliche medizinische Eingriffe handelt. Auch wenn ich mehr als einen Monat bewusstlos bin und die Chance auf Genesung kleiner als zehn Prozent ist, aber mein Körper dank künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr vielleicht noch ein, zwei oder gar zehn Jahre existieren könnte, möchte ich auf diese Maßnahmen verzichten und sterben. Ich möchte allerdings schmerzlindernde Mittel bekommen und Pflege erhalten, um dabei entstehende Leiden zu lindern.
Ort, Datum, Unterschrift.

Ich bestätige heute, amerneut den vorhergehenden Text: Unterschrift“