



Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass irgendwelche rechtlichen Bedenken hinsichtlich der Verbindlichkeiten des Patiententestaments bestehen, ordne ich Folgendes an:

Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (fehlende Geschäftsfähigkeit) oder in meinen natürlichen Einsichts- und Steuerungsfähigkeiten derart beeinträchtigt sein, dass ich nicht mehr imstande bin, die Tragweite ärztlicher Maßnahmen, Diagnose, Dringlichkeit, Heilungschancen und Risiken einzuschätzen und mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheits- und Vermögensangelegenheiten wirksam auszuüben, **bevollmächtige** ich

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Vor- und Zuname			Geburtsort
Status Angehöriger/Bevollmächtigter			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
Telefon		E-Mail	

mich in allen **Vermögens- und persönlichen Angelegenheiten zu vertreten** und **Entscheidungen** über die Durchführung oder Ablehnung ärztlicher Behandlungen und Eingriffe **für mich und an meiner Stelle zu treffen**. Durch diese Vollmacht soll die Anordnung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht vermieden werden.

Sollte die von mir vorstehend bezeichnete Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein oder eine derartige Verantwortung nicht übernehmen können, so bestimme ich an deren Stelle zum Ersatzbevollmächtigten

Anrede	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum
Vor- und Zuname			Geburtsort
Status Angehöriger/Bevollmächtigter			
Straße / Hausnummer			
PLZ / Ort			
Telefon		E-Mail	

Die Vollmacht wird durch die Unterzeichnung durch mich wirksam. Der Bevollmächtigte ist aber nur zu meiner Vertretung berechtigt, wenn ich geschäftsunfähig geworden bzw. außerstande bin, mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten auszuüben. Gegenüber Ärzten und dem Pflegepersonal genügt es, wenn diese meine Entscheidungsunfähigkeit bejahen. Für die **Vertretung in Vermögensangelegenheiten** muss die Geschäftsunfähigkeit von einem Arzt **schriftlich bestätigt** werden.

Der Bevollmächtigte unterliegt nicht den gesetzlichen Beschränkungen eines vom Gericht eingesetzten Betreuers. Eventuelle gerichtliche Genehmigungsvorbehalte sollen für ihn nicht gelten. Sind einzelne Rechtsgeschäfte oder Rechtshandlungen bzw. Erklärungen von dieser Vollmacht nicht erfasst, bleibt die Vollmacht im Übrigen bestehen, selbst wenn für die nicht durch Vollmacht gedeckten Handlungen oder Erklärungen ein Betreuer bestellt wird.

Diese **Vollmacht** umfasst insbesondere **folgende Maßnahmen**:

1. Bereich der **gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechts**

(soweit einzelne Maßnahmen nicht gewünscht werden, bitte streichen!)

- die **Aufenthaltsbestimmung**, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim oder Hospiz, in einer geschlossenen Anstalt, die Aufnahme in eine Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung;
- die Entscheidung über **freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen**, wie z.B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mit einem Gurt oder anderen mechanischen Vorrichtungen sowie die Verabreichung sedierender oder betäubender Medikamente;
- die Entscheidung über die **Verabreichung von Medikamenten**, wie z.B. Zytostatika, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen und Folgen haben oder haben können;
- die **Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Untersuchungen, Behandlungen oder Eingriffen**, gleichgültig, ob es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt oder nicht. Dies gilt auch für Maßnahmen der Intensivtherapie;
- die Entscheidung darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden **Zustand der Bewusstlosigkeit** („Wachkoma“) eine **künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr** eingeleitet oder abgebrochen wird;
- die Entscheidung über einen **Behandlungsabbruch** oder die **Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen**, wenn das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat oder ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Wasser- und Nahrungszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse;
- die Entscheidung darüber, ob nach meinem Tode zu **Transplantationszwecken Organe entnommen** werden dürfen;
- die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte, 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 **Leidhilfe**, die Ärzte und Pflegepersonal 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.

2. Maßnahmen in **Vermögensangelegenheiten**:

(soweit einzelne Maßnahmen nicht gewünscht werden, bitte streichen!)

- das Recht, über mir gehörende **Vermögensgegenstände** zu verfügen;
- die Befugnis, von den auf meinen Namen laufenden Konten bei Banken und Sparkassen **Geldbeträge abzuheben**, um einen Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der Arztkosten zu bezahlen. Ich weise meine Bank/Sparkasse an, nicht auf einer beglaubigten Vollmacht zu bestehen;
- die Befugnis, **Verträge** oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen abzuschließen;
- Zahlungen für mich entgegenzunehmen, zu quittieren oder Zahlungen vorzunehmen;
- in meinem Namen **Verbindlichkeiten** einzugehen;
- die Befugnis, für den Fall einer dauernden Unterbringung meine **Wohnung/mein Haus** aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern. Soweit testamentarisch bestimmte Gegenstände meinen Erben vermacht



worden sind, sind diese Gegenstände zurückzubehalten, zu verwahren und nach meinem Tode den Erben auszuhändigen;

- 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.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt; in Vermögensangelegenheiten **Untervollmacht** zu erteilen. Von den Beschränkungen des § 181 BGB ist er befreit. Diese Vollmacht bleibt auch über den Tod hinaus wirksam, bis sie von den Erben widerrufen wird.

3. Rechte des Bevollmächtigten

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meine Vertreter (Bevollmächtigten) über die Art meiner Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose **aufzuklären**, um die Entscheidung über die Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde hiermit durch meine Unterschrift die zuständigen Ärzte ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten, meine **Krankenunterlagen einzusehen**.

4. Übertragbarkeit der Vollmacht

Die Vollmacht hinsichtlich der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechts ist nicht auf Dritte übertragbar. Auch kann eine Untervollmacht nicht erteilt werden.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Diese Erklärung wurde zur Bekräftigung erneut bestätigt:

Anm.: Diese Vorsorgevollmacht ist auch unabhängig von einer erneuten Bestätigung gültig.

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------