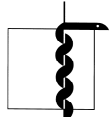


## Erklärung zur Vorsorgevollmacht

- Bitte sorgfältig lesen! -

<b>Bezeichnung</b>	<b>VORSORGEVOLLMACHT</b>
<b>Zielsetzung</b>	Bevollmächtigung einer Person des Vertrauens, die im Fall eigener Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit für den Vollmachtstteilenden unter Beachtung der §§ 1904 und 1906 BGB rechtswirksam handeln kann.
<b>Juristische Bedeutung</b>	Leitet sich aus § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB ab. Bestellung durch Vormundschaftsgericht entfällt, nicht jedoch die Genehmigungspflicht bei schwerwiegenden medizinischen Maßnahmen.
<b>Formale Erfordernisse</b>	Schriftliche (nicht zwingend handschriftliche) Form. Eigenhändige Unterschrift (in Abständen - z.B. von 2 Jahren - möglichst erneuern). Unterschrift mindestens eines Zeugen (in Abständen - z.B. von 2 Jahren - möglichst erneuern) zur Bestätigung, dass Verfasser im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist. (Nicht die als Bevollmächtigter genannte Person als Zeugen nehmen!). Notarielle Beurkundung nicht vorgeschrieben, aber Dringend anzuraten (kostenpflichtig); wird von Behörden unter Umständen auch verlangt. Selbst zugefügte Ergänzungen sollten mit zusätzlicher Unterschrift versehen werden.
<b>Aufbewahrungsmöglichkeiten</b>	Bei den persönlichen Unterlagen, beim Bevollmächtigten selbst oder einer anderen Vertrauensperson.
<b>Sinnvolle Kombinationsmöglichkeiten</b>	Sie können Ihre Patientenverfügung mit der Vorsorgevollmacht oder der Betreuungsverfügung sinnvoll kombinieren. <b>Keinen Sinn</b> macht die Kombination von Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung (siehe dazu Punkt III der Vorsorgevollmacht).



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 meinem Arzt getroffen werden.

### I. 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 \*

- o 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.
- o 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.

- o 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.
- o 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 körperlichen 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.
- o Die Einwilligung zur Teilnahme an einem medizinischen Forschungsprojekt.
- o Die Einwilligung zu einer Obduktion zur Befunderklärung.

---

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 Organspende 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,\*

- o von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken, 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;
- o Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen abzuschließen;
- o im Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern;
- o 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 der / des 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 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_

Ich / Wir bestätigen mit unserer Unterschrift, dass Frau / Herr

\_\_\_\_\_ 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, Zutreffendes bitte ankreuzen. Eigene Wünsche anfügen.

\*\* Im Falle einer notariellen Beurkundung werden keine Zeugenunterschriften benötigt.