

Vorsorgevollmacht
Betreuungsverfügung
Patiententestament

Niederschrift von:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

I. Vorsorgevollmacht

(Seiten Nr. 1 und 2)

II. Betreuungsverfügung

(Seiten Nr. 3 und 4)

III. Patiententestament

(Seiten Nr. 5 bis 7)

Original je hinterlegt bei:

1. _____
Name, Vorname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

2. _____
Name, Vorname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

3. _____
Name, Vorname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

I. Vorsorgevollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, _____
Vor- und Nachname

geboren am _____ in _____, wohnhaft
Datum Geburtsort

 Straße und Hausnummer , Postleitzahl und Ort

folgende Personen

1. a. Frau/Herrn , _____
Vor- und Nachname

geboren am _____ wohnhaft in _____,
Datum Postleitzahl und Ort

 Straße und Hausnr.

Tel.: _____ Mobil: _____

oder

1. b. Frau/Herrn , _____
Vor- und Nachname

geboren am _____ wohnhaft in _____,
Datum Postleitzahl und Ort

 Straße und Hausnr.

Tel.: _____ Mobil: _____

mich in meinen Vermögens-, Renten- oder Versorgungs-, Steuern und sonstigen Rechtsangelegenheiten zu vertreten. Im Rahmen dieser Vollmacht soll insbesondere mein Vermögen verwaltet werden. Verfügungen über Konten und Depots sind in dem gleichen Umfang zulässig, wie dieses bei dem jeweils betreffenden Kreditinstitut im Rahmen der dort allgemein geltenden **Bankvollmacht** geregelt ist. Mit erfasst sind Verfügungen über Sachgegenstände – auch Immobilien – und Verpflichtungen diesbezüglich. Zu beachten ist dabei, dass diese Vollmacht nicht notariell beurkundet werden muss, auch nicht bezüglich der Immobilien, da sie widerruflich ist (siehe Kommentare zu §§ 128, 167 II. BGB).

Mit erfasst sind die rechtliche Fähigkeit einen Heimunterbringungsvertrag abzuschließen und mein Mietverhältnis aufzulösen.

Die Vollmacht soll nur dann gelten, wenn der Bevollmächtigte das Original der Vollmacht vorlegt. Untervollmacht soll nicht erteilt werden. Die Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Auftragsverhältnis sollen auch nach meinem Tod in Kraft bleiben und zwar so lange, bis der/die Erben die Vollmacht widerrufen. Im Übrigen ist diese Vollmacht zu Lebzeiten stets widerruflich.

Die Vollmacht schließt für die Bevollmächtigten deren Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB ein.

Sollte der/die von mir benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, den dieser Vollmacht zugrunde liegenden Auftrag auszuüben, so benenne ich als Ersatzperson:

2. Frau/Herrn , _____
Vor- und Nachname

geboren am _____ wohnhaft in _____
Datum Postleitzahl und Ort

Straße und Hausnummer

Tel.: _____ Mobil: _____

Im Außenverhältnis gilt aber auch diese Vollmacht / Ersatzvollmacht sofort (ohne Einschränkung).

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers (Vollmachtgebers)

Ich erkläre mich mit der Übernahme der Stellvertretung einverstanden:

Bevollmächtigte/r zu 1.a.:

Ort, Datum

Unterschrift vollständiger Name

Bevollmächtigte/r zu 1.b.:

Ort, Datum

Unterschrift vollständiger Name

Ersatzbevollmächtigte/r zu 2.:

Ort, Datum

Unterschrift vollständiger Name

II. Betreuungsverfügung

für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit

Verfasser: _____ geboren am _____
Vor- und Nachname Datum

Vorsorgevollmacht:

Sollte ich auf Grund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können, so bevollmächtige ich gemäß den §§ 1896 II 2 , 185, ff des BGB, hiermit als meinen gesetzlichen Vertreter:

1. _____ geboren am _____
Vor- und Nachname Datum

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Tel.: _____ Mobil: _____

Die / Der Bevollmächtigte kennt den Inhalt meiner Betreuungsverfügung vom _____ und hat eingewilligt, für mich und an meiner Stelle und ohne Einschaltung des Betreuungsgerichtes für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit, Entscheidungen in meinem Sinne zu treffen und auszuführen. Ich verpflichte die / den Bevollmächtigte/n sich an meiner vorsorglichen Verfügung auf den Seiten Nr. 5 bis 7 (Patiententestament) zu orientieren.

Sollte die / der von mir genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich:

2. _____ geboren am _____
Vor- und Nachname Datum

Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Tel.: _____ Mobil: _____

Sollte es schwierig sein, meine geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Medizinern, Pflegenden, Betreuern und Familienangehörigen kommt, dann soll die letzte Entscheidung bei den von mir in dieser Vorsorgevollmacht genannten Bevollmächtigten liegen.

Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige meine vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung vom _____ und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Solange ich bei Bewusstsein bin und klar entscheiden kann, sollen die mich behandelnden Ärzte sich vergewissern, ob diese Betreuungsverfügung noch in vollem Umfang gilt.

Sollte ich jedoch nicht mehr entscheidungsfähig oder zustimmungsfähig sein oder sollte eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit in ihre letzten Stadien treten oder ein unumkehrbarer Sterbeprozess beginnen, dann erwarte ich, dass ich meinen Wünschen, Werten und Verfügungen entsprechend menschlich und medizinisch behandelt werde. Insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt, in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe **einzuwilligen** bzw. **nicht einzuwilligen** oder eine Einwilligung **zu widerrufen** (§1904 Abs. 5 S.2 n.F.BGB), obwohl dieses medizinisch angezeigt ist, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger andauernden Schaden erleide (§1904 BGB). Weiter kann der Bevollmächtigte entscheiden, ob bei schweren Beeinträchtigungen meines Gesundheitszustandes mit aussichtsloser Prognose lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen vorgenommen oder fortgesetzt werden.

Die Betreuungsverfügung habe ich freiwillig, nach reiflicher, langer Überlegung, vielen Gesprächen und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls die nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Ich werde Kopien
 Originale

dieser Betreuungsverfügung der von mir Bevollmächtigten, meinen nächsten Angehörigen, meinem Hausarzt und sofern ich betreut lebe, der Leitung des Hauses übergeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers

Ich kenne den Inhalt der Betreuungsverfügung vom _____
und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

Person zu 1.

Ort, Datum

Unterschrift mit vollständigem Namen

Person zu 2.

Ort, Datum

Unterschrift mit vollständigem Namen

III. Vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung **(Patiententestament)**

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit.

Verfasser: _____
Vor- und Nachname

geboren am _____ in _____, wohnhaft
Datum Geburtsort

Straße und Hausnummer , Postleitzahl und Ort

1.) Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen:

Alles Leben, auch mein Leben, hat einen Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so soll der/die hier benannte Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächsten Angehörigen meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen. Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen würden. Vor allem wünsche ich, dass natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbare zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher bewertet werden als die technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

2.) Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbar tödlich verlaufenden Krankheit befinde, wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin oder wenn ich an unerträglichen Schmerzen leide, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um mitmenschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den Lauf der Natur des Sterbeprozesses und das Verlöschen meines Lebens unternommen wird. Gleichzeitig bitte ich aber, alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie zu nutzen und dafür zu sorgen, dass ich ohne körperliche und seelische Schmerzen und Leiden bin. Wenn möglich, möchte ich in einer mir vertrauten Umgebung meine letzten Tage und Stunden verbringen.

Insbesondere treffe ich folgende Verfügung:Schmerztherapie:

Ich wünsche eine wirksame Behandlung quälender und unangenehmer Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Übelkeit und Erbrechen, selbst wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde, selbst wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, auch das Bewusstsein verliere, selbst wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird.

Künstliche Beatmung:

Ich wünsche keine künstliche Beatmung und keine Wiederbelebung, auch wenn mein Herz zum Stillstand kommen sollte und auch keine künstliche Ernährung, wenn dieses nach ärztlichem Ermessen nur eine unnötige Verlängerung des Sterbeprozesses bedeutet.

 Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers

Vollmachten:

1. Im Falle eines Unfalls, einer Verletzung oder einer Krankenhauseinweisung ist sofort:

1a. Frau/Herr: _____
Vor- und Nachname

Tel.: _____ Mobil: _____

ersatzweise:

1b. Frau/Herr: _____
Vor- und Nachname

Tel.: _____ Mobil: _____

zu benachrichtigen und über meinen Zustand zu informieren. Die behandelnden Ärzte befreie ich ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

2. Für den Fall, dass ich zur Willensbildung oder Willensäußerung außerstande bin, benenne ich hiermit als Person meines besonderen Vertrauens

2a. Frau/Herr: _____
Vor- und Nachname

Tel.: _____ Mobil: _____

ersatzweise:

2b. Frau/Herr: _____
Vor- und Nachname

Tel.: _____ Mobil: _____

Ich bevollmächtige sie / ihn ausdrücklich, an meiner Stelle mit den behandelnden Ärzten alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen und zu medizinischen Eingriffen Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern.

Die Vertrauensperson soll meinen Willen entsprechend der vorstehenden Patientenverfügung einbringen.

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers

Person zu 1a.

Zur Übernahme der auf Seite 5 unter Nr. 2 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

Ort, Datum

vollständige Unterschrift

Person zu 1b.

Zur Übernahme der auf Seite 5 unter Nr. 2 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

Ort, Datum

vollständige Unterschrift

Person zu 2a.

Zur Übernahme der auf Seite 5 unter Nr. 2 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

Ort, Datum

vollständige Unterschrift

Person zu 2b.

Zur Übernahme der auf Seite 5 unter Nr. 2 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

Ort, Datum

vollständige Unterschrift

Ich bestätige, dass Frau/Herr _____, Verfasser der
Vorsorgevollmacht vom _____, der Betreuungsverfügung
vom _____ und des Patiententestaments vom _____
eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner Fähigkeit zu einer freien
und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Hausarztes

Name des Hausarztes: _____

Anschrift: _____

Anrufung des Gerichtes:

Seit dem 01. September 2009 muss nur noch bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Betreuer bezüglich schwerwiegender Entscheidungen das Betreuungsgericht eingeschaltet werden und entscheiden.

Sind sich Arzt und Bevollmächtigter / Betreuer einig, braucht kein Betreuungsgericht mehr angerufen werden!

Für den Fall, dass ich	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____ _____	aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, habe ich eine Patientenverfügung und eine Vollmacht bei meinen persönlichen Unterlagen und in Kopie / Original hinterlegt bei meiner Vertrauensperson:	
			Name: _____ Telefon: _____
			Ort, Datum Unterschrift

Für den Fall, dass ich	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____ _____	aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, habe ich eine Patientenverfügung und eine Vollmacht bei meinen persönlichen Unterlagen und in Kopie / Original hinterlegt bei meiner Vertrauensperson:	
			Name: _____ Telefon: _____
			Ort, Datum Unterschrift

Für den Fall, dass ich	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____ _____	aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, habe ich eine Patientenverfügung und eine Vollmacht bei meinen persönlichen Unterlagen und in Kopie / Original hinterlegt bei meiner Vertrauensperson:	
			Name: _____ Telefon: _____
			Ort, Datum Unterschrift

Für den Fall, dass ich	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____ _____	aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, habe ich eine Patientenverfügung und eine Vollmacht bei meinen persönlichen Unterlagen und in Kopie / Original hinterlegt bei meiner Vertrauensperson:	
			Name: _____ Telefon: _____
			Ort, Datum Unterschrift