

Vorsorgevollmacht

(Quelle: Sächsische Landesärztekammer, Ärztekammer Berlin, Ethikkommission)

Ich, geboren am.....

wohnhaft inerteile hiermit

Herrn/Frauund
(Vor- und Nachname, Straße und Wohnort)

Herrn/Frau
(Vor- und Nachname, Straße und Wohnort)

- nachstehend „der Bevollmächtigte“ genannt-

für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, die uneingeschränkte Generalvollmacht, auch über meinen Tod hinaus gemäß §§1896 Abs. 2,164 ff. BGB.

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 meine 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 Angabe 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 einem Behandlungsverzicht. Die Einwilligung darf von einem Bevollmächtigten nur erteilt werden, wenn bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit sowie fortschreitendem geistigem 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, meine Bevollmächtigten über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären, um ihnen ihre 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 Befugnis¹

- 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 Pflegeversicherung, auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie Sozialhilfe zu stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtsweg zu verfolgen.
- über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen.

Die Bevollmächtigten sind von der Beschränkung des § 181 BGB befreit.

II Widerruf der Vollmacht

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

III. Zum Fall einer Betreuung

Sollte trotz dieser Vollmacht ausnahmsweise die Bestellung eines Betreuers notwendig werden, weil z. B. die Bevollmächtigten ihre Aufgabe (insbesondere wegen Krankheit) nicht wahrnehmen können, so schlage ich dafür vor:

Name: Geburtsdatum:

Wohnhaft: Telefon:

Ort, Datum und Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Ort:..... Datum:..... Unterschrift:.....

Ich/Wir bestätige(n), mit unserer Unterschrift, dass Herr/Frau die Vorsorgevollmacht im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte verfasst hat.

Unterschrift(en) der Zeugen² mit Ort und Datum. Zusätzliche Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes.

.....
Zeuge 1

.....
Zeuge 2

¹ Unzutreffendes bitte streichen

² Im Fall notarieller Beurkundung werden keine Zeugenunterschriften benötigt.