

Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich

Name, Anschrift, Geburtsdatum Vollmachtgeber

nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich Herrn/Frau

Name, Anschrift, Geburtsdatum

Telefon

Für den Fall, dass die genannte Person nicht zur Verfügung steht, Herrn/Frau

Name, Anschrift, Geburtsdatum

Telefon

Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, muss auf jeden Fall vom Arzt getroffen werden.

Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht erstreckt sich auf alle Vermögens-, Renten, Kranken- und Pflegeversicherungs-, Sozialhilfe-, Steuer sowie sonstige Rechtsangelegenheiten in jeder denkbaren Richtung. Sie berechtigt und verpflichtet den Bevollmächtigten, im Bereich der medizinischen Behandlung und Pflege meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Die Vollmacht umfasst insbesondere folgende Inhalte:

1. Im gesundheitlichen Bereich

1.1

die Angabe von Erklärungen im Behandlungsgeschehen (z.B. Einwilligung in operative Eingriffe oder zur Verabreichung von Medikamenten, gleichgültig, ob sie Lebensgefährdende oder schwerwiegende Nebenwirkungen bzw. Folgen haben oder nicht) unter Beachtung rechtlicher Vorschriften (zurzeit der Erteilung dieser Vollmacht z.B. §1904 BGB)

1.2

die Aufenthaltsbestimmung, insbesondere die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim oder das Verlassen dieser Einrichtungen

1.3

die Einwilligung in freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, die nicht ausschließlich die Beherrschung einer akuten Situation zum Inhalt haben sondern über einen längeren Zeitraum angewandt werden sollen, unter Beachtung rechtlicher Vorschriften (zurzeit der Erteilung dieser Vollmacht z.B. §1906 BGB)

1.4

die Einwilligung zur Einstellung lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen sowie einen sonstigen Behandlungsabbruch. Eine solche Einwilligung darf nur erteilt werden bei infauster Diagnose d.h. wenn bei schwersten körperlichen Leiden, Dauer bewusstlosigkeit oder vorschreitendem Verfall nach einhelliger Beurteilung der behandelnden Ärzte Aussicht auf Besserung im Sinne eines erträglichen und umweltbezogenen Lebens nicht mehr besteht.

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meinen Bevollmächtigten über meine Erkrankungen, mein Zustand und die Prognosen aufzuklären, um ihm Entscheidungen im gesundheitlichen Bereich zu ermöglichen. Die behandelnden

Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

2. Im vermögensrechtlichen Bereich

2.1

bei Banken und Sparkassen von den auf meinen Namen laufenden Konten Überweisungen zu tätigen und Geldbeträge abzuheben,

Konten und Depots aufzulösen und auch neue Konten auf meinen Namen anzulegen

2.2

Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, stationären, teilstationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen abzuschließen

2.3

im Fall einer dauerhaften Aufnahme in eine vollstationäre Einrichtung Entscheidungen über die Beendigung eines Mietverhältnisses

oder die sonstige Aufgabe von Wohnraum sowie über die weitere Verwendung meines Hausrates zu treffen

2.4

Anträge auf Leistungen der Sozialleistungsträger (z.B. Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, Versorgungsämter, Beihilfestellen

und Sozialhilfeträger) zu stellen und notfalls auch auf dem Rechtsweg zu verfolgen.

Diese Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Betreuungsverfügung

Sollte trotz dieser Vollmacht die Anordnung einer Betreuung erforderlich werden, möchte ich im Sinne einer Betreuungsverfügung

Herrn/Frau

Name, Anschrift, Geburtsdatum

Telefon

als meine Betreuerin/Betreuer bestellt haben.

Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

Zeuge: (nicht zwingend erforderlich aber zu empfehlen)

Ich bestätige, dass Herr/Frau

diese Vorsorgevollmacht heute nach meiner Einschätzung im Vollbesitz der geistigen Kräfte eigenhändig unterschrieben hat.

Name und Anschrift des Zeugen

Datum Unterschrift des Zeugen