

## **A. Vorsorge-Vollmacht mit B. Betreuungsverfügung und C. Patientenverfügung**

ich, ..... (Vollmachtgeber / in)

( Name, Vorname, Geburtsdatum )

.....  
( Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Tel: )

- nachstehend „Vollmachtgeber“ genannt -

**bestelle zu meiner/m/n  allein vertretungsberechtigten  gemeinsam vertretungsberechtigten Bevollmächtigten und erteile Vollmacht an**

..... ( Bevollmächtigte/  
und

( Name, Vorname, Geburtsdatum )

..... **Vertrauensperson )**

( Straße, Hausnummer, Ort, Tel: )

**und für den Fall, dass diese/r die Aufgabe – aus welchen Gründen auch immer – nicht annehmen kann als Ersatzperson/en**

1 .....  
( Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Ort, Tel: )

2 .....  
( Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Ort, Tel: )

- nachstehend auch bei weiblichen und mehreren Personen „der Bevollmächtigte“ genannt –

**und ermächtige den Bevollmächtigten zur Besorgung meiner Angelegenheiten und Wahrung meiner Rechte. Der Bevollmächtigte soll jede Rechtshandlung mit der gleichen Wirkung vornehmen, wie wenn ich sie selbst ausführen würde.**

Durch die Vollmachterteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden, sie bleibt in Kraft, auch wenn ich nach deren Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

### **A. Vorsorge-Vollmacht - 1. Umfang der Vollmacht**

#### **I. Gesundheitssorge**

1. Alle Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil)stationären Pflege.
2. Einwilligung in ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlung oder operative Eingriffe geben, diese Einwilligung versagen oder widerrufen – auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden oder in einem schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden enden könnte (§ 1904 BGB) > Hierzu vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen<.
3. Begonnene Behandlung abbrechen.
4. Krankenunterlagen einsehen und alle Auskünfte und Informationen von behandelnden Ärzten oder Krankenhaus über meinen Gesundheitszustand zu verlangen – diese sind insoweit von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.
5. Entscheiden über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 BGB) und über freiheitentziehende Maßnahmen – z.B. Bettgitter, Bauchgurt, Sedativa = Beruhigungsmittel - solange sie zu meinem Wohl erforderlich sind.
6. Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach (§ 1906 Ziff. 3 und 3a BGB) mit Genehmigung des Betreuungsgerichts >Hierzu vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen<.
7. Beachtung der Patientenverfügung

#### **II. Aufenthalt- und Wohnungsangelegenheiten**

1. Meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag einschließlich Kündigung wahrnehmen, sowie Haushalt auflösen.
2. Mietvertrag abschließen oder kündigen,
3. Heimvertrag abschließen oder kündigen.

4. Sorge tragen für Beibehaltung der Lebensgewohnheiten und bisherigen Lebensstandard, dazu soll – wenn nötig – das Vermögen verbraucht werden.
5. Entscheidung treffen, ob häusliche Pflege oder Heimaufenthalt erforderlich wird, bei häuslicher Pflege der/dem Pflegenden eine entsprechende Vergütung zukommen lassen, bei Heimaufenthalt ein Heim wählen, das in der Nähe des Bevollmächtigten - nach Möglichkeit -  
in ..... liegt.

### **III. Behörden**

1. Mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.
2. Auskünfte über alle Daten bei allen Personen und Institutionen einholen, auch auf personenbezogene Informationen, - die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen unterliegen.
3. Bewegliche Sachen, Grundstücke und Rechte für mich zu erwerben und auf jede Art zu veräußern, sowie Verbindlichkeiten – auch in vollstreckbarer Form – einzugehen.
4. Rechte jeder Art an Grundstücken ( Hypotheken, Grundschulden, Reallasten usw. ) sowie an anderen Gegenständen zu bestellen, zu kündigen und aufzugeben.
5. Mich in Renten-, Versorgungs-, Steuer und sonstigen Rechtsangelegenheiten in jeder denkbaren Richtung zu vertreten.
6. Verfügungen anzuerkennen und anzufechten, Erbschaften anzunehmen oder auszuschlagen und alles tun, was zur vollständigen Regelung von Nachlässen nötig ist.

### **IV. Vermögenssorge**

1. Mich in vermögensrechtlichen Angelegenheiten bei allen Behörden, gegenüber Banken und Privatpersonen in sämtlichen Rechtsbereichen und auf allen Verwaltungsebenen zu vertreten.
2. Mein Vermögen umfassend zu verwalten, Vermögensgegenstände jeder Art in Empfang zu nehmen und darüber gültig zu quittieren.
3. Verbindlichkeiten eingehen – Darlehens und Kreditverträge abschließen -, Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots abgeben, mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
4. Bewegliche Sachen und Rechte erwerben und veräußern
5. Verfügungen von Todes wegen anerkennen oder anfechten.
6. Erbschaften annehmen und alles tun, was zur vollständigen Abwicklung von Nachlässen notwendig ist.
7. Folgende Geschäfte soll der Bevollmächtigte nicht wahrnehmen können

.....  
Hinweis: Einige Banken bestehen auf hauseigene Formulare für die Kontovollmacht – bitte klären –.  
Für Aufnahme von Darlehen oder für Fortführung von Handelsgewerbe ist die Vollmacht in notariell beurkundeter Form notwendig.  
Für das Ausschlagen einer Erbschaft und Immobiliengeschäfte ist eine öffentliche beglaubigte oder notariell beurkundete Vollmacht notwendig.

### **V. Post- und Fernmeldeverkehr**

1. Benachrichtigungen, Post-Zustellungen und Bekanntmachungen jeder Art entgegen zu nehmen.
2. Über Fernmeldeverkehr entscheiden und alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen, Vertragsabschlüsse, Kündigungen abgeben, sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

### **VI. Vertretung vor Gericht**

1. Rechtsstreite in meinem Namen durch alle Instanzen zu führen / Bevollmächtigte zu bestellen / Vergleiche abzuschließen / Verzichte zu erklären und Ansprüche anzuerkennen / Wiedereinsetzung in den vorigen Stand beantragen / einstweilige Verfügungen und Arrest zu erwirken.

### **VII. Sonstiges**

1. Der Bevollmächtigte darf die Vollmacht teilweise übertragen und Untervollmacht erteilen.
2. Die Vollmacht soll durch den Tod des Vollmachtgebers nicht erlöschen bis zur Erbfallregelung.

### **VIII. Widerruf der Vollmacht**

Die Vollmacht ist jederzeit frei widerruflich.

## **B. Betreuungsverfügung**

**Falls trotz vorbeschriebener Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich den in A. genannten Bevollmächtigten zum Betreuer zu bestimmen, falls dieser diese nicht wahrnehmen kann die Ersatzperson/en.**

## **C. Patientenverfügung**

**Wenn ich in einen Zustand gerate, dass ich meinen Willen und meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit nicht mehr bilden und mich verständlich äußern kann, bzw. ein unheilbares Leiden oder Bewusstlosigkeit eingetreten sind, bestimme ich, dass der in A genannte Bevollmächtigte in Absprache mit den Ärzten keine Maßnahmen ergreift, die eine Sterbens- oder Leidensverlängerung bedeuten; ich möchte mein Leben in Würde und Frieden vollenden und akzeptiere den natürlichen Sterbeprozess.**

**Folgende Punkte sind seitens des Bevollmächtigten / Vertrauensperson zu beachten:**

1. Die Entscheidung zu treffen über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen, wenn ich wegen irreversibler Bewusstlosigkeit / wahrscheinlicher schwerer Dauerschädigung des Gehirns und Hirnabbauprozesse (z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Schock, Lungenversagen, Demenz) / dauerndem Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder schwerster – nicht beherrschbarer – Schmerzzustände außerstande bin, ein menschenwürdiges, d.h. für mich erträgliches und weitgehend beschwerdefreies Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung zu führen / oder wenn das Grundleiden einen irreversiblen Verlauf genommen hat.
2. Die Kontrolle darüber zu haben, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene Betreuung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst. Hierbei sind das Krankenhaus, die Ärzte sowie das Pflegepersonal verpflichtet, bei Abbruch der Behandlung die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen auf die Lebenshilfe zu beschränken. Vor allem sind sie verpflichtet, Schmerz / Atemnot / unstillbarer Brechreiz / Erstickungsangst entgegenzuwirken, selbst wenn mit den palliativen Maßnahmen das Risiko einer Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen werden kann.
3. Krankenunterlagen einsehen und herausgeben, sowie behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht entbinden.
4. Wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess oder in Folge einer Gehirnschädigung ( z.B. durch Unfall / Schlaganfall / Entzündung oder fortgeschrittene Hirnabbauprozesse ) - die durch 2 erfahrene Ärzte festzustellen ist – außerstande sehe eigene Entscheidung treffen zu können, verlange ich lindernde pflegerische Maßnahmen ( z.B. Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls / lindernde ärztliche Maßnahmen / Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und andere Krankheitserscheinungen).
5. Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden; für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand unter Ausschöpfung aller angemessenen medizinischen Möglichkeiten; die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf;
6. Ich wünsche keine Wiederbelebensmaßnahmen und Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
7. Ich wünsche sterben zu dürfen, wenn ich mich unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, und verlange, dass keine künstliche Ernährung (weder durch Sonde noch über Vene) vorgenommen wird, und dass verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen erfolgt.
8. Ich möchte in Würde und Frieden sterben können und bitte dabei um persönlichen Beistand  
durch .....,sowie geistlichen Beistand durch .....
9. Ich wünsche, dass mein Hausarzt ..... verständigt wird
10. Ich bin mit Obduktion zur Befundklärung einverstanden / nicht einverstanden
11. Ich bin mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation einverstanden / nicht einverstanden / einverstanden mit Ausnahme folgender Organe:  
.....

12. Ich akzeptiere -keinen- hospizlichen Beistand und Unterbringung in einem Hospiz.

Vorgenannte Vollmacht und Verfügungen gelten für den Fall, dass ich aufgrund einer psychische, physischen Krankheit oder körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung ganz oder teilweise nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu besorgen und für mich ein Betreuer ohne diese Vollmacht bestellt werden müsste; die Entscheidungen in vorgenanntem Umfang sollen von dem Bevollmächtigten und nicht von einem vom Vormundschaftsgericht bestellten Betreuer getroffen werden.

Die Vollmacht und Verfügungen gelten dann, wenn der Bevollmächtigte das Original vorlegt.

Die Auftragsverhältnisse bleiben auch in Kraft, wenn ich geschäftsunfähig bin.

Rechtsbehandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, wie wenn ich sie selbst treffen würde.

Bis zum Widerruf der Vollmacht und Verfügungen soll mir in konkreten Anwendungssituationen keine Willenserklärung unterstellt werden.

Treffen meine Festlegungen nicht konkret auf eine eintretende Lebens- und Behandlungssituation zu, sollen die Beteiligten nach meinem mutmaßlichen Willen unter Einbeziehung meiner formulierten Wünsche entscheiden, letztendlich der Bevollmächtigte.

Ich versichere, dass zum Zeitpunkt der Vollmacht- und Verfügungserteilung Geschäftsfähigkeit besteht und ich dies im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unabhängig von Einflüssen Dritter unterschrieben habe; die unterzeichneten Personen nehmen Kenntnis vom Inhalt und bestätigen dies und die Geschäftsfähigkeit durch Unterschrift

....., den .....  
(PLZ) ( Ort ) ( Datum )

**Vollmachtgeber:**

.....  
( Unterschrift )

**Bevollmächtigte/r**

.....  
( Unterschrift )

**Ersatzperson/en**

1 .....  
( Unterschrift )

2 .....  
( Unterschrift )

**Ich habe den Inhalt erneut überprüft und bestätige, dass dieser weiterhin mein Wille ist.**

....., den .....  
Ort Datum Unterschrift

....., den .....  
Ort Datum Unterschrift

....., den .....  
Ort Datum Unterschrift

....., den .....  
Ort Datum Unterschrift

**Notarielle Beurkundung oder öffentliche Unterschriftsbeglaubigung (siehe Blatt 2 Hinweis)**

.....