

Name, Anschrift

-ENTWURF-

VORSORGE VOLLMACHT

Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (fehlende Geschäftsfähigkeit) oder in meiner natürlichen Einsichtsfähigkeit so beeinträchtigt sein, dass ich nicht mehr in der Lage bin, mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten wirksam auszuüben (mangelnde Einwilligungsfähigkeit), so bevollmächtige ich gem. § 1896 II 2,164 ff. BGB mit sofortiger Wirkung folgende Person, mich in allen persönlichen Angelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen für mich und an meiner Stelle ohne Einschaltung des Vormundschaftsgerichts, soweit gesetzliche Bestimmungen nicht entgegen stehen, zu treffen und diese auszuführen bzw. zu vollziehen

(Name, Anschrift des Bevollmächtigten)

Diese Vollmacht, die dem Bevollmächtigten weitgehende und umfassende Befugnisse einräumt, umfasst folgende Maßnahmen

A) Vermögensrechtlicher Bereich

Meinem _____ habe ich bereits Kontovollmacht erteilt, auch für das Bankschließfach
Die Regelung sämtlicher Ansprüche aus einem Unglücksfall, Anträge an das zuständige Finanzamt, Kündigung von Vereinsmitgliedschaft, bzw. Versicherungsverträgen, Abonnements. Grundstücksgeschäfte sind von dieser Vollmacht nicht erfasst

B) Selbstbestimmungsrecht sowie Sorge für die Gesundheit

- Die Aufenthaltsbestimmung einschließlich der Unterbringung in einer Pflegestation auch mit einer geschlossenen Abteilung, bei Daueraufenthalt wird dem Bevollmächtigten gestattet, den früheren Haushalt aufzulösen und die Wohnung zu kündigen sowie alle damit verbundenen vermögensrechtlichen Dinge zu regeln, wie z.B. Heimvertrag, Sozialhilfeantrag, Antrag auf Pflegegeld, Vermögensentnahmen zwecks Bestreitung der Kosten des Lebensunterhalts, u. ä.; die Aufnahme in einem Krankenhaus
- die Entscheidung über ärztliche, freiheitsentziehende bzw. unterbringungsähnliche Maßnahmen gemäß § 1904, 1906 1, IV B3B sollen von der Vollmacht umfasst sein
- die Entscheidung über die Medikamentengabe
- die Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Behandlungen oder Eingriffen bei lebensgefährlichen Maßnahmen oder auch sonstigen
- die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn ich wegen dauernder Bewusstlosigkeit, wahrscheinlich schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder wegen schwerster - nicht aufhebbarer - Schmerzzustände außerstande bin, ein menschenwürdiges, dh. ein für mich erträgliches und weitgehend beschwerdefreies bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung zu führen.(z.B. PEG - Sonde auf Dauer)
- die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene Versorgung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst.

Das Krankenhaus, die Ärzte und das Pflegepersonal sind verpflichtet, bei Abbruch der Behandlung die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen auf die Leibhilfe/Grundpflege zu beschränken.

Vor allem sind sie verpflichtet, Schmerz, Atemnot unstillbarem Brechreiz, Erstickungsangst entgegenzuwirken selbst wenn mit diesen Maßnahmen das Risiko einer Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen werden kann.

C) Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte den Bevollmächtigten über meine Erkrankungen und die Prognose aufzuklären um einen Eingriff, eine Behandlung oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen.

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte gegenüber dem Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht. Die Ärzte sind verpflichtet, dem Bevollmächtigten jede Auskunft zu geben und Einsicht in die Krankenunterlagen zu gewähren.

D) Ich behalte mir vor, die Vollmacht jederzeit zu widerrufen

E) Die Feststellung, dass ich wegen einer Krankheit oder meiner geistigen oder körperlichen Verfassung außerstande bin meine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen muss in jedem Falle ein Arzt treffen.

F) Der Bevollmächtigte ist berechtigt für seine Tätigkeit eine Aufwandspauschale nach dem BGB aus dem Vermögen zu entnehmen.

G) Ich bin mir der Tragweite dieser Vollmacht bewusst und habe mich über die Folgen informiert.

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

H) Sollte ich aufgrund meines Zustandes außerstande sein, diese Vollmacht zu widerrufen besteht jedoch konkreter Anlass zu der Annahme, dass diese Vollmacht missbraucht wird, so soll als Kontrollbetreuer nach § 1896 III BGB bestellt werden

Herr, Frau..

I) Einer Organexplantation nach festgestelltem Hirntod stimme ich nicht zu

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten

I) Zeuge, (Hausarzt):

Name, Vorname, Stellung

Der Zeuge hat sich davon überzeugt, dass ich diese Vorsorgevollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst habe.

Es wird bestätigt, dass der Vollmachtgeber, die Unterschrift in meinem Beisein geleistet hat.

Ort, Datum, Unterschrift des Zeugen