



Rheingau-Taunus-Kreis
Betreuungsstelle



Ökumenischer Hospizverein
Bad Schwalbach und
Schlangenbad e.V.

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung

Name:

Zukunft gestalten - vorsorgen!

Erläuterungen

Der Sinn dieser **Vorsorgevollmacht** soll es sein, im Falle von Krankheit, Gebrechlichkeit bzw. Geschäftsunfähigkeit der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers, durch eine vorher erteilte privatrechtliche Vollmacht eine gesetzliche Betreuung durch ein Gericht entbehrlich zu machen.

Eine solche Vollmacht ist nicht nur im Falle altersbedingter Betreuung sinnvoll, sondern auch bei jüngeren Menschen, die beispielsweise durch einen Unfall in eine Betreuungssituation geraten können. Die Vollmacht kann aber auch **ohne Bedingung** erteilt werden.

Es können einzelne und/oder mehrere Personen bevollmächtigt werden. Die Erteilung der Vollmacht ist grundsätzlich nach § 167 BGB formfrei. Aus Gründen der Beweissicherheit ist jedoch die Schriftform zu wählen. Das vorliegende Formular enthält die **Mindestanforderungen** einer Vorsorgevollmacht. Außerdem kann die eigenhändige Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers aus den gleichen Gründen beglaubigt werden. Dazu ist eine Beglaubigung durch eine Behörde oder das Ortsgericht ausreichend.

Zum Zeitpunkt der Vollmachterteilung dürfen keine Zweifel an der Geschäftsfähigkeit der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers bestehen.

Eine größt mögliche Akzeptanz bietet die Form der notariellen Beurkundung, da der Notar nach § 11 I S. 1 BeurkG gehalten ist, sich einen Eindruck von der Geschäftsfähigkeit der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers zu verschaffen.

Gegebenenfalls kann der Notar bei Zweifeln auch als Zeuge gehört werden.

Die Beurkundung ist daher auch im „Normalfall“ anzuraten.

Es gibt **Sonderfälle**, in denen eine Beurkundung der Vollmacht zwingend erforderlich ist. Die Hauptfälle sind Grundstücksgeschäfte gem. § 313 BGB und Geschäfte über das ganze Vermögen nach § 311 BGB. Soll die Bevollmächtigte/der Bevollmächtigte zu solchen Geschäften ermächtigt werden, muss die Vollmacht nach § 128 BGB notariell beurkundet werden.

Die Vollmacht kann grundsätzlich jederzeit widerrufen werden. Insbesondere dann, wenn das Vertrauen in den Bevollmächtigten verloren gegangen sein sollte.

Die Original-Vollmacht bleibt im Besitz des Vollmachtgebers. Eine Kopie sollten Sie ihrem/n Bevollmächtigten aushändigen.

Sie können ihre Vorsorgevollmacht auch unter www.vorsorgeregister.de der Bundesnotarkammer registrieren lassen, auch wenn ihre Vorsorgevollmacht nicht beim Notar gefertigt wurde.

Die Vorsorgevollmacht kann auch durch weitere Vollmachten ergänzt werden, z.B.:

- durch eine **Patientenverfügung** zur Regelung der gesundheitlichen Belange durch einen Bevollmächtigten
- Organspende, zur Frage, wann und in welchem Fall Bereitschaft besteht, Organe zu spenden

**Herausgegeben von der Betreuungsstelle des RTK, Heimbacher Str. 7,
65307 Bad Schwalbach, Tel.: 06124 / 510-709 / 710 Fax: 510 358
Betreuungsstelle@rheingau-taunus.de**

Stand: Juli 2011

Vorsorgevollmacht

Ich (Vollmachtgeber/in)

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße, PLZ, Ort

.....
Telefon, Telefax

erteile hiermit Vollmacht an (bevollmächtigte Person/en)

.....
Name, Vorname

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Geburtsdatum, Geburtsort

.....
Straße, PLZ, Ort

.....
Straße, PLZ, Ort

.....
Telefon, Telefax

.....
Telefon, Telefax

Diese Vertrauensperson(en) wird / werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten alleine / gemeinsam (Nicht-Zutreffendes streichen!) zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes die Urkunde im Original vorlegen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen ja nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 u 2 BGB). ja nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. ja nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. ja nein
- ja nein

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen ja nein
- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen ja nein
- ja nein

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- u. Sozialleistungsträgern vertreten ja nein
- ja nein

4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- u. Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, ja nein
- namentlich über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen ja nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja nein
- Verbindlichkeiten eingehen ja nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis) ja nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist ja nein
- ja nein
- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können: ja nein
-

Hinweis:

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften.

Die Konto-Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse eine Lösung finden.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!

Erläuterungen zur Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung können Sie schriftlich im Voraus festlegen, welche medizinischen Maßnahmen Sie wünschen und welche Sie ablehnen, falls Sie Ihren Willen nicht mehr äußern können.

Nach der neuen Gesetzeslage gibt es **keine Reichweitenbegrenzung** mehr. Sie können festlegen, ob Ihre Patientenverfügung nur für den unmittelbaren Sterbeprozess gelten soll, oder darüber hinaus. Sie können deshalb die Situationen, für die Ihre Verfügung **nicht** gelten soll, wegstreichen. (Punkte S.2)

Das ist besonders für das **Koma** bedeutsam. Sie können besondere Maßnahmen verfügen, z.B. wie lange es aufrecht erhalten werden soll und ob in diesem Fall weitere lebensbedrohliche Erkrankungen behandelt werden sollen. (Seite 2)
Auf diese Weise nehmen Sie Einfluss auf die spätere ärztliche Behandlung und nehmen Ihr Selbstbestimmungsrecht wahr.

Ihre allgemeine persönliche Einstellung zu Sterben und Tod drücken Sie handschriftlich auf der Seite 2 aus. Sie sind eine **Richtschnur** für die Entscheidungen durch die bevollmächtigte Person bzw. der Ärzte.
Ihre konkreten Verfügungen in Hinblick auf eine Operation oder während einer akuten Erkrankung) verfügen Sie **verbindlich** auf Seite 3. Diese Verfügungen sollen möglichst konkret sein und ggf. mit Ihrem Arzt besprochen werden

Organspende: Organe können unabhängig vom Alter medizinisch wertvoll sein. Damit ein Organ entnommen werden kann, muss der Körper durch Apparate funktionsfähig erhalten werden. Nach der Entnahme gilt wieder die Patientenverfügung, d.h. die Apparate werden abgeschaltet.

Teilen Sie Ihren Angehörigen und vor allem Ihrer Vertrauensperson Ihren Willen mit und besprechen Sie diese Verfügung mit ihnen.

Der **Ökumenische Hospizverein** steht Ihnen gern zur Beratung zur Verfügung (Tel 06124-508888). Auch raten wir, Ihre Patientenverfügung mit Ihrem **Hausarzt** zu besprechen, die Erklärung (S.4) unterschreiben zu lassen und ein Exemplar bei ihm/ihr zu hinterlegen.

Ihre **Unterschrift** ist unbedingt erforderlich und sollte alle 2-3 Jahre erneuert werden. Auch Ergänzungen Ihrer Verfügung müssen von Ihnen unterschrieben werden. Sinnvoll ist, diese Patientenverfügung mit einer **Vorsorgevollmacht** zu kombinieren.

Aufbewahrung

Legen Sie die Patientenverfügung zu Ihren persönlichen Unterlagen und geben der bevollmächtigten Person ein **Zweitexemplar**. Weitere **Kopien** können beim Hausarzt, beim Amtsgericht oder bei Angehörigen hinterlegt werden.
Vor einem Krankenhausaufenthalt sollte eine Kopie für die Krankenunterlagen zur Verfügung stehen.

Das **Kärtchen** mit dem Hinweis auf die Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht sollten Sie bei Ihren Ausweispapieren aufbewahren.

Ökumenischer Hospizverein

Ärzteschaft Untertaunus

Bad Schwalbach-Schlangenbad e.V



In Würde leben - bis zuletzt

Wenden Sie sich vertrauensvoll an den
Ökumenischen Hospizverein
Bad Schwalbach und Schlangenbad e.V.
Tel. 06124/508888



Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Ort, Telefon)

Infolge einer schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung meinen Willen nicht mehr bilden kann oder nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen verständlich zu äußern, verfüge ich:

Es sollen Maßnahmen unterbleiben, die mein Leiden unnötig verlängern, wenn durch mindestens zwei Ärzte folgendes medizinisch eindeutig festgestellt ist:

- dass ich mich unabwendbar im Sterbeprozess befinde und jede lebenserhaltende Therapie das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf Besserung verlängern würde
- oder dass keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht
- oder aufgrund von Krankheit oder Unfall ein schwerer Dauerschaden des Gehirns zurückbleibt
- oder es zu einem nicht behandelbaren und dauerhaften Ausfall lebenswichtiger Funktionen meines Körpers kommt.

Allgemeine Verfügungen:

Meine persönliche Einstellung zu Sterben und Tod ist:

(religiöse oder weltanschauliche Beweggründe, z.B. „auf Grund meiner religiösen Einstellung akzeptiere ich den natürlichen Tod, wenn keine Hilfe mehr möglich ist. Ich wünsche alle Maßnahmen, die mein Leiden lindern, aber nicht verlängern“)

Für die Situation des Komas bestimme ich: (eine zeitliche Begrenzung?
(z.B. 1 Jahr), Soll eine lebensbedrohliche Zweiterkrankung behandelt werden?):

Konkrete Verfügungen (im Falle einer Krankheit, vor einer Operation)

Wenn eine oder mehrere der vorgenannten Voraussetzungen gegeben sind, sollen die folgenden von mir selbst nachstehend eingetragenen medizinischen Maßnahmen **nicht** durchgeführt werden: (z. B. künstliche Beatmung, Wiederbelebung, Bluttransfusion, künstliche Niere, künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr)
Die **nicht** gewünschten Maßnahmen bitte handschriftlich in die Leerzeilen eintragen.

Behandlung und Pflege sollen in diesen Fällen auf die Linderung von Schmerzen, Unruhe, Angst und andere mein Wohlbefinden beeinträchtigende Symptome gerichtet sein, selbst wenn durch notwendige Schmerzbehandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist. **Aktive Sterbehilfe lehne ich jedoch ab.** Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in meiner vertrauten Umgebung und im Kontakt mit den mir nahe stehenden Personen.

Ich wünsche seelsorgerischen Beistand ja nein (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Datum:

Unterschrift:

Organspende:

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Falls für die Organspende ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden müssen, die ich in dieser Patientenverfügung ausgeschlossen habe, geht meine Bereitschaft zur Organspende vor.

Ein Organspendeausweis liegt vor

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Ich wünsche, dass folgende Personen umgehend verständigt werden:
(Namen, Adresse, Telefon)

Um diese Patientenverfügung durchzusetzen, bevollmächtige ich als meine

Vertrauensperson

und als Vertreter/in

(Name, Vorname)

(Name, Vorname)

(Straße, Ort)

(Straße, Ort)

(Telefon)

(Telefon)

Entbindung von der Schweigepflicht: Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte gegenüber meinen Vollmachtspersonen von der Schweigepflicht.

Diese Patientenverfügung einschließlich Vollmacht kann ich jederzeit ohne besondere Form ändern oder widerrufen.

Ich bin mir der Tragweite dieser Verfügung, verbunden mit der erteilten Vollmacht bewusst und habe mich über die rechtlichen und medizinischen Folgen informiert. Alle Erklärungen wurden von mir freiwillig und unbeeinflusst abgegeben.

Ort und Datum

Unterschrift

Erklärung des Hausarztes (freiwillig):

Herr/Frau _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

Der vorstehend genannte Patient hat diese Patientenverfügung vorgelegt.
An seiner Urteilsfähigkeit bestehen keine Zweifel.

Datum und Stempel

Unterschrift des Hausarztes