

Telefon
Fax
E-Mail

Ort / Datum

Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung

Am *Datum* erteile ich, *Vorname / Name* geboren am *Datum*, hiermit
Herrn / Frau *Vorname / Name (Bevollmächtigter)* Vorsorgevollmacht und erkläre
unter Zeugen was folgt:

Es waren in *Strasse / Hausnummer*, *PLZ / Ort*, anwesend:

Ich selbst (Vorname / Nachname)
Pass / Personalausweisnummer *Ausweisnummer*

Herrn / Frau *Vorname / Name*
Pass / Personalausweisnummer *Ausweisnummer*

und als Zeugen:

Herrn / Frau *Vorname / Name*
Strasse / Hausnummer, *PLZ / Ort*
Pass / Personalausweisnummer *Ausweisnummer*

Herrn / Frau *Vorname / Name*
Strasse / Hausnummer, *PLZ / Ort*
Pass / Personalausweisnummer *Ausweisnummer*

I.

Vorsorgevollmacht

Ich *Vorname / Name*

erteile hiermit

Herrn / Frau *Vorname / Name*

V o r s o r g e v o l l m a c h t

derart, dass der/die Bevollmächtigte befugt ist, mich vor Privaten und Behörden, in persönlichen, in Vermögens- und Gesundheitsangelegenheiten, nach den Bestimmungen dieser Vollmacht zu vertreten, soweit eine Vertretung gesetzlich zulässig ist.

Die Vollmacht ermächtigt auch zu geschäftsähnlichen Handlungen, zu allen Verfahrenshandlungen und zu Prozeßvollmacht nach §81 ZPO.

Der Bevollmächtigte ist befugt:

- Zu allen Erklärungen in Gesundheitsangelegenheiten, insbesondere bei der Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, einer Heilbehandlung oder einem ärztlichen Eingriff, beispielsweise in Operationen und sonstige ärztliche Maßnahmen. Hierbei ist der Bevollmächtigte auch befugt, Krankenunterlagen einzusehen und alle Informationen durch die mich behandelnden Ärzte einzuholen.
- Zur Aufenthaltsbestimmung, vor allem bei der Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt oder die Aufnahme in ein Krankenhaus, zur Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen, wie das Anbringen von Bettgittern und Gurten oder auch das Verabreichen von entsprechenden Medikamenten.
- Zur Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn ich wegen irreversibler Bewußtlosigkeit, wahrscheinlich schwerer Dauerschädigung des Gehirns (Decerebration) oder wegen dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder wegen schwerster, nicht beherrschbarer Schmerzzustände außerstande bin, ein menschenwürdiges, d.h. für mich erträgliches und weitgehend beschwerdefreies

bewußtes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung zu führen.

- **Chemotherapie, Bestrahlung und Morphinium sowie dessen Abkömmlinge (Morphine) unter allen Umständen und in jeder Situation immer abzulehnen.**

Diese Vollmacht ermächtigt den Bevollmächtigten auch, anstelle meiner nächsten Angehörigen darüber zu entscheiden, ob nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden dürfen.

II.

Patientenverfügung

1. Diese Verfügung gilt, wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde oder, wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Tod noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung oder fortgeschrittenen Hirnabbauprozess ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden. Für andere Situationen erwarte ich ärztlichen und pflegerischen Beistand und Ausschöpfung aller angemessenen ganzheitlichen und medizinischen Möglichkeiten. **Ich lehne hingegen Chemotherapie, Bestrahlung und Morphinium sowie dessen Abkömmlinge (Morphine) ausdrücklich und unter allen Umständen und in jeder Situation immer ab.**
2. In allen vorgenannten Situationen verlange ich lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente (außer Morphinium und dessen Abkömmlinge) zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner

Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. Ich wünsche bei der unter 1. bezeichneten Situation die Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden und keine Wiederbelebungsmaßnahmen. Ferner wünsche ich in diesen Situationen, insbesondere in Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, sterben zu dürfen und verlange keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene) und verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe. Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

III.

Schlussbestimmungen, Hinweise

Die Vollmacht dient der Vermeidung einer Betreuung und geht der Anordnung einer Betreuung vor. Der Bevollmächtigte unterliegt nicht den gesetzlichen Beschränkungen eines Betreuers.

Ein Kontrollbetreuer (§ 1896 Abs. 3 BGB) soll nur aufgestellt werden, wenn dem Gericht konkrete Tatsachen über den Mißbrauch der Vollmacht offengelegt werden.

Die Vollmacht bleibt gültig, wenn der Vollmachtgeber geschäftsunfähig geworden sein sollte sie erlischt nicht durch den Tod des Vollmachtgebers.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, die Vollmacht im Einzelfall zu übertragen.

Der Bevollmächtigte ist von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit.

Sollte der Bevollmächtigte versterben oder an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, so bestimme ich an dessen Stelle zu meinem Ersatzbevollmächtigten

Herrn / Frau *Vorname / Name*
Strasse / Hausnummer, *PLZ / Ort*
Pass / Personalausweisnummer *Ausweisnummer*

Der Nachweis der Verhinderung ist jedoch nicht zu erbringen, maßgebend ist der Besitz der Ausfertigung dieser Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung. Hier haben also Dritte, denen gegenüber aufgrund dieser Vollmacht gehandelt wird, die Voraussetzung der Verhinderung nicht zu prüfen.

Falls mehrere bevollmächtigt:

Ein Bevollmächtigter ist nicht befugt, die Vollmacht gegenüber dem anderen Bevollmächtigten zu widerrufen.

Die Tragweite und den Vertrauenscharakter vorstehender Vollmacht ist mir bewusst.

Vorgelesen von

Herrn / Frau *Vorname / Name*

gelesen

Ich selbst (Vorname / Nachname)

von den Beteiligten genehmigt
und eigenhändig unterschrieben:

Vorname / Name

Unterschrift