

# Vorsorgevollmacht

(auf Empfehlung der Ärztekammer Berlin)

Für den Fall, daß ich nicht mehr in der Lage sein sollte meine Angelegenheiten selbst zu regeln, bevollmächtige ich über meinen Tod hinaus gemäß § 1986 Abs. 2, 164 ff. BGB

Frau / Herrn.....geb. am.....

derzeit wohnhaft.....Telefon.....

ersatzweise

Frau / Herrn.....

Die Feststellung, daß ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, muß in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.

## I. Umfang der Vollmacht

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

Die Vollmacht umfaßt insbesondere folgende Inhalte:

a) Im gesundheitlichen Bereich

- (1) die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einem Pflegeheim.
- (2) die Einwilligung in operative Eingriffe, gleichgültig ob es sich um lebensgefährliche Eingriffe handelt oder nicht.
- (3) die Einwilligung zur Verabreichung von Medikamenten, wie z.B. Zytostatika, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen haben oder haben können.
- (4) die Einwilligung in freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, wenn sie nicht nur der Beherrschung einer akuten Situation dienen, sondern über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden sollen.
- (5) die Einwilligung zur Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen oder in einen Behandlungsabbruch. Die Einwilligung darf von meinem(n) Bevollmächtigten nur erteilt werden, wenn bei schwerstem körperlichem Leiden, Dauerbewußtlosigkeit sowie fortschreitendem Verfall nach einstimmiger Beurteilung meiner behandelnden Ärzte keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht.
- (6) die Einwilligung zu einer Obduktion zur Befundklärung.
- (7) .....

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meinen Bevollmächtigten über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären, um ihm seine Entscheidung im gesundheitlichen Bereich zu ermöglichen. Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Mit einer Organspende bin ich einverstanden / nicht einverstanden

- b) Im vermögensrechtlichen Bereich umfaßt die Vollmacht insbesondere (ergänzend zu a) die Befugnis,
- (1) von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abzuheben oder Überweisungen vorzunehmen, um einen Krankenhausaufenthalt der den Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der durch Versicherung nicht gedeckten Arztkosten sowie den laufenden Mietzins und sonstige laufende Unkosten zu bezahlen.
  - (2) Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen abzuschließen.
  - (3) im Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern.
  - (4) Anträge auf Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung, auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie auf Sozialhilfe zu stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtsweg zu verfolgen.
  - (5) .....

## II. Widerruf der Vollmacht

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

## III. Zum Fall einer Betreuung

Sollte trotz dieser Vollmacht ausnahmsweise die Bestellung eines Betreuers notwendig werden, so schlage ich dafür Frau / Herrn.....vor.

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....

Wir bestätigen, daß Frau / Herr .....die Vollmacht im Vollbesitz ihrer / seiner geistigen Kräfte verfaßt hat.

Namen:.....

Geburtsdaten:.....

Ort, Datum:.....

Unterschriften derZeugen.....