

Vorsorgevollmacht

(gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB)

Von

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Telefon

1. Mein in der gesonderten Patientenverfügung geäußerter Wille muss konsequent beachtet werden. Aus diesem Grund erteile ich der unten genannten Vertrauensperson die Vollmacht, meinen Willen im Sinne meiner Patientenverfügung umzusetzen und die Einhaltung zu überwachen.

2. Diese Vollmacht gilt dann, wenn ich aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung nicht oder nicht mehr in der Lage bin, mich bzgl. der medizinischen und pflegerischen Versorgung selbst zu äußern oder eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Für diesen Fall bevollmächtige ich folgend Person, mich in allen Gesundheitsangelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen an meiner Stelle, ohne Einschaltung des Vormundschaftsgerichts, zu treffen und diese auszuführen:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Telefon

und bei Verhinderung der erstgenannten Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße, Haus-Nr.

Telefon

3. Die Vollmacht gilt für die Kontrolle der in der Patientenverfügung aufgezählten Maßnahmen und insbesondere für

- die Entscheidung über Untersuchungen des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Ab-

bruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).;

- die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt oder die Aufnahme in ein Krankenhaus;
- die Entscheidung über pflegerische und ggf. auch freiheitsentziehende Maßnahmen, wie z.B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mit Gurten oder andern mechanischen Vorrichtungen sowie die Verabreichung von betäubenden Medikamenten, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist;
- die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die behandelnden Ärzte mir trotz einer Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene medizinische Betreuung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst.

4. Ich berechnigte und verpflichte die behandelnden Ärzte, den Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären und ihm Einsicht in die Krankenunterlagen zu gewähren, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

5. Die Feststellung, dass ich wegen Krankheit oder aufgrund meiner körperlichen und geistigen Verfassung nicht in der Lage bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.

6. Die Vollmacht darf nicht durch eine Untervollmacht auf andere übertragen werden.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Die vorstehende Erklärung ist in meinem Beisein von Herrn/Frau _____ im Vollbesitz der geistigen Kräfte unterschrieben wurden. Ich habe mich davon überzeugt, dass die Erklärung ihrem/seinem Willen entspricht.

(Ort, Datum, Unterschrift)

Diese Vorsorgevollmacht entspricht noch immer meinem Willen, den ich mit meiner erneuten Unterschrift bekräftige.

(Ort, Datum, Unterschrift)