

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Da ich (Vollmachtgeber/in) _____
Vorname Name

Geburtsdatum; Adresse; Telefon; E-Mail

im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit medizinisch notwendige Maßnahmen nicht mehr beurteilen oder meine Wünsche nicht mehr artikulieren kann, bitte ich die mich behandelnden Ärzte das medizinisch Notwendige zu tun und erteile folgender Vertrauensperson die Vorsorgevollmacht:

Vorname Name

Geburtsdatum; Adresse; Telefon; E-Mail

und folgender Person die Ersatzvorsorgevollmacht:

Vorname Name

Geburtsdatum; Adresse; Telefon; E-Mail

Diese Person wird von mir bevollmächtigt, an meiner statt alle medizinisch notwendigen Maßnahmen mit den behandelnden Ärzten zu besprechen und sich um die bestmögliche sinnvolle Lösung zu bemühen, im Sinne meines Wohls und meines Lebens. Sie ist ermächtigt, in Maßnahmen einzuwilligen oder diese zu verweigern. Einzelne Maßnahmen kann ich nicht benennen, da ich sie nicht im Voraus kennen kann. Meiner Vertrauensperson gegenüber entbinde ich die Ärzte von der Schweigepflicht. Diese Vollmacht umfasst ausdrücklich und bewusst alle die Maßnahmen, die im §1904 Abs.1 – 5 genannt sind. Ich kann die notwendigen Maßnahmen im Einzelnen nicht nennen und aufzuführen, da sie mir unbekannt sind.

Diese Vollmacht umfasst beispielsweise Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge, Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen sowie indizierte ärztliche Eingriffe, auch wenn diese mit Gefahren verbunden sein können oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Sie umfasst auch sogenannte „gefährliche ärztliche Maßnahmen“ sowie sogenannte „lebenserhaltende Maßnahmen“. Sie umfasst meine Unterbringung in einem Heim (Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung, §1906 Abs.1. BGB), einschließlich notwendiger Verträge, sowie freiheitsentziehende Maßnahmen, wie beispielsweise Bettgitter und Medikamente (§1906 Abs.4 BGB).

Für die Einwilligung in notwendige Maßnahmen verzichte ich ausdrücklich auf Erklärung, da diese bei Unkenntnis der zukünftigen Maßnahmen prinzipiell unmöglich ist.

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung im Sinne einer Betreuungsverfügung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, soll das Gericht die oben bezeichnete bevollmächtigte Person (Vertrauensperson) als Betreuer bestellen.

Spende von Organen (handschriftlich ja und nein eintragen):

_____ Ich wünsche keine Hirntoddiagnostik und keine Organentnahme.

_____ Wissend, dass der sogenannte Hirntod nicht der Tod eines Menschen ist, stimme ich der Hirntoddiagnostik zu und bin bereit als Sterbender fremdnützig bis zur Organentnahme weiter behandelt zu werden. Nur der Organentnahme unter Vollnarkose stimme ich zu.

Sollte eine Bestimmung dieser Vollmacht unwirksam sein, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Willenserklärungen davon unberührt und der Bevollmächtigte wird an deren Stelle eine dieser möglichst nahekommenden Regelung treffen.

Der Bevollmächtigte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass ich zum Zeitpunkt der Erteilung dieser Vorsorgevollmacht geschäftsfähig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin.

Weitere Regelungen (Empfehlung: 'entfällt' oder Regelungen eintragen):

Ort, Datum; Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Ort, Datum; Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers

Ort, Datum; Unterschrift der Ersatzvollmachtnehmerin / des Ersatzvollmachtnehmers

Wiederholung (z.B. alle zwei Jahre): Ort, Datum; Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Wiederholung (z.B. alle zwei Jahre): Ort, Datum; Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Wiederholung (z.B. alle zwei Jahre): Ort, Datum; Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Wiederholung (z.B. alle zwei Jahre): Ort, Datum; Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers