

#NN, #VN
geb. #GD
#STR
#PLZ #ORT

Dr. med. Michael Klamm
Arzt für Allgemeinmedizin
67141 Neuhofen, Rottstr 19
Tel. 06236/1231 Fax 56815
Email: info@klamm-praxis.de
www.klamm-praxis.de



Vorsorgevollmacht

Für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich, auch über meinen Tod hinaus gemäß §§ 1896 Abs. 2, 164 ff. BGB, Frau/Herrn

Name:
Geburtsdatum:
wohnhaft: Telefon:

oder ersatzweise

Name:
Geburtsdatum:
wohnhaft: Telefon:

Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.

I. Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten, 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 Abgabe von Erklärungen im Behandlungsgeschehen, z.B. die Einwilligung in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder operative Eingriffe, gleichgültig, ob es sich um lebensgefährdende oder mit schwerwiegenden Nebenwirkungen bzw. Folgen behaftete Maßnahmen handelt oder nicht;

(2) die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einem Pflegeheim;

(3) die Einwilligung in freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, wenn sie der Beherrschung einer akuten Situation im Sinne des Wohls der betreffenden Person dienen. Über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durchgeführt Freiheit entziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen bedürfen gemäß Ausführungen & 1906 BGB der Bestätigung durch das Betreuungsgericht.

(4) die Einwilligung zur Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen oder in einen Behandlungsverzicht. Die Einwilligung darf von meinem(n) Bevollmächtigten nur erteilt werden, wenn bei schwerstem körperlichem Leiden, Dauerbewusstlosigkeit sowie fortschreitendem geistigen Verfall nach einstimmiger Beurteilung meiner behandelnden Ärzte keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht;

(5) die Einwilligung zur Teilnahme an einem medizinischen Forschungsprojekt;

(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 Organentnahme zum Zweck der Transplantation bin ich einverstanden / nicht einverstanden / einverstanden mit Ausnahme folgender Organe:*

b) Im vermögensrechtlichen Bereich umfasst die Vollmacht insbesondere (ergänzend zu a) die Befugnis,*

- von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abzuheben oder Überweisungen vorzunehmen, um
 - einen Krankenhausaufenthalt oder den Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der durch Versicherung nicht gedeckten Arztkosten sowie
 - den laufenden Mietzins für meine Wohnung und sonstige laufende Unkosten zu bezahlen .
- Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen abzuschließen
- im Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern
- 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.

II. Widerruf der Vollmacht

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

III. Zum Fall einer Betreuung (nicht die Person des/der Bevollmächtigten einsetzen !)

Sollte trotz dieser Vollmacht ausnahmsweise die Bestellung eines Betreuers notwendig werden, weil z.B. die/der Bevollmächtigte ihre/seine Aufgabe (insbesondere wegen Krankheit) nicht wahrnehmen kann, so schlage ich dafür vor:

Name:
Geburtsdatum:
wohnhaft: Telefon:

Ort, Datum und Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

.....
Ich/ Wir bestätige(n) mit Unterschrift, dass Herr/Frau diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat.**

Unterschrift(en) des/der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzlich Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes.**

.....
.....
.....

* Notwendiges ergänzen bzw. Unzutreffendes streichen
** Im Fall notarieller Beurkundung werden keine Zeugenunterschriften benötigt

#NN #VN
geb. #GD
#STR
#PLZ #ORT

Dr. med. Michael Klamm
Arzt für Allgemeinmedizin
67141 Neuhofen, Rottstr 19
Tel. 06236/1231 Fax 56815
Email: info@klamm-praxis.de
www.klamm-praxis.de



Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung bringe ich, meinen Willen zum Ausdruck, für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in welchem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiderruflich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern.

Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und erkläre hiermit: Falls ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktion gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne 'Apparatemedizin' nicht mehr möglich ist, so bin ich mit einer Intensivtherapie oder Reanimation nicht einverstanden.

Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärzten, wobei einer ein nicht an der Behandlung teilnehmender Arzt sein soll, ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führen wird und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, so wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen mit Mitteln der Intensivtherapie, die nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

Sollten meine normalen geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben möglich ist, so lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen mit allen zur Verfügung stehenden medizinischen Mitteln aufrecht erhalten werden.

Ich möchte in Würde sterben.

Wenn ich /Ärzte bitte, das Recht auf einen mir gemäßen Tod zu achten, so heißt dies nicht, dass ich damit die ärztliche Hilfe und Behandlung in der Form ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung ablehne. Vielmehr setze ich mein Vertrauen in eine vom Arzt anzuordnende Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Ich wünsche mir, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die von mir in der beiliegenden Patientenverfügung benannte Vertrauensperson zur Beratung hinzuzieht.

Ort, Datum und Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers:

.....
Ich/ Wir bestätige(n) mit Unterschrift, dass Herr/Frau diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat.

Unterschrift(en) des/der Zeugen mit Ort und Datum. Zusätzlich Angabe des Namens, des Geburtsdatums und des Wohnortes.

.....
.....

Bitte sorgfältig lesen!

VORSORGEVOLLMACHT

Zielsetzung

Bevollmächtigung einer Person des Vertrauens, die im Fall eigener Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit für den Vollmachtserteilenden unter Beachtung der §§ 1904 und 1906 BGB rechtswirksam handeln kann.

Juristische Bedeutung

Leitet sich aus § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB ab.
Bestellung durch Vormundschaftsgericht entfällt, nicht jedoch die Genehmigungspflicht bei schwerwiegenden medizinischen Maßnahmen.

Formale Erfordernisse

Schriftliche (nicht zwingend handschriftliche) Form.
Eigenhändige Unterschrift (in Abständen z.B. von 2 Jahren - möglichst erneuern).
Unterschrift mindestens eines Zeugen zur Bestätigung, dass Verfasser im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist (in Abständen - z.B. von 2 Jahren - möglichst erneuern).
Nicht die als Bevollmächtigter genannte Person als Zeugen nehmen!
Notarielle Beurkundung nicht vorgeschrieben, aber dringend anzuraten (kostenpflichtig); wird von Behörden unter Umständen auch verlangt.
Selbst zugefügte Ergänzungen sollten mit zusätzlicher Unterschrift versehen werden.

Aufbewahrungsmöglichkeiten

Bei den persönlichen Unterlagen, beim Bevollmächtigten selbst oder einer anderen Vertrauensperson.

Sinnvolle Kombinationsmöglichkeiten

Patiententestament und Vorsorgevollmacht oder
Patiententestament und Betreuungsverfügung
Keinen Sinn macht die Kombination von Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.