

INFORMATIONSBLATT ZUR VORSORGEVOLLMACHT

Nach den betreuungsrechtlichen Vorschriften hat die Betreuungsstelle die Aufgabe, Aufklärung und Beratung über Vollmachten zu fördern. In guten Zeiten sollten Sie vorsorgen für die Zeiten, in denen Sie auf rechtliche Hilfe angewiesen sind. Sie bestimmen selbst, wer Ihre rechtlichen Angelegenheiten regelt, wenn Sie aufgrund schwerer Krankheit oder altersbedingt nicht handeln bzw. entscheiden können. Angehörige, Ehegatten und Kinder treten rechtlich nicht automatisch an Ihre Stelle. Geeignete

Maßnahmen sind die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung

Geläufig ist z.B. die Kontovollmacht.

Zu den rechtlichen Grundlagen einer Vollmacht beachten Sie bitte die §§164 bis 181 sowie die §§1904 und 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

Die Vollmacht sollte – schon aus Beweisgründen – immer schriftlich abgefasst werden. Sofern Sie dazu in der Lage sind, sollten Sie die Vollmacht selbst schreiben. Sie ist aber auch gültig, wenn eine andere Person für Sie schreibt. Vollmachten zur Verfügung über Grundbesitz müssen notariell beglaubigt oder beurkundet werden. Vollmachten gemäß §1904 BGB (schwerwiegende Entscheidungen in dem Bereich Gesundheit) sowie §1906 BGB (Einschränkung Ihrer persönlichen Freiheit) müssen schriftlich erteilt sein und die genannten Maßnahmen ausdrücklich umfassen. Sie müssen also präzise formulieren. Allgemeine Formulierungen reichen für diese Maßnahmen nicht aus. Der Bevollmächtigte benötigt für seine Einwilligungen grundsätzlich die vorherige vormundschaftsgerichtliche Genehmigung des Amtsgerichtes.

Die Vollmacht gilt ab einem bestimmten Zeitpunkt oder von einem bestimmten Ereignis ab. Sie kann widerrufen werden. Ebenso ist es möglich, sie abzuändern bzw. der aktuellen Situation anzupassen. Es ist ratsam, sie in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und zu dokumentieren, dass sie weiterhin Gültigkeit hat. Wenn die Vollmacht über den Tod hinaus gelten soll, so muss dieses in der Vollmacht ausdrücklich vermerkt sein. Ansonsten erlischt die Vollmacht mit dem Tod.

Sie können mehrere Bevollmächtigte bestellen. Benennen Sie nur Personen, denen Sie wirklich vertrauen können. Falls sich später die Notwendigkeit ergibt, kann vom Gericht ein Kontrollbetreuer bestellt werden, eine Person, die den Bevollmächtigten kontrolliert.

In einer Patientenverfügung können Sie ebenfalls in guten Tagen aufzeigen, wie mit Ihrer Gesundheit umgegangen werden soll, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind. Solch eine Situation kann vorliegen bei nicht umkehrbarer Bewusstlosigkeit, bei schweren Dauerschädigungen des Gehirns, einer mit Sicherheit zum Tode führenden Krankheit. Eine generelle Aussage: Mein Leben soll nicht künstlich verlängert werden, ich möchte nicht an die Apparatedizin angeschlossen werden, ist aber nicht ausreichend. Sie müssen klar und eindeutig das beschreiben, was Sie in solch einer Situation wollen bzw. nicht wollen.

VORSORGEVOLLMACHT

Name

Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (fehlende Geschäftsfähigkeit) oder in meiner natürlichen Einsichtsfähigkeit derart beeinträchtigt sein, dass ich nicht mehr im Stande bin, mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten wirksam auszuüben (mangelnde Einwilligungsfähigkeit), so bevollmächtige ich gemäß §§1896 II 2, 185, 164 ff BGB mit sofortiger Wirkung folgende Person(en), mich in allen Vermögens- und persönlichen Angelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen für mich und an meiner Stelle ohne Vermögens- und persönlichen Angelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen für mich und an meiner Stelle ohne Einschaltung des Vormundschaftsgerichts zu treffen und diese auszuführen bzw. zu vollziehen.

1

Herr/Frau

geb. am

Telefon

wohnhaft

2

Herr/Frau

geb. am

Telefon

wohnhaft

Sollte die oder eine der vorbezeichneten Personen an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein oder sich weigern, eine derartige Verantwortung zu übernehmen, so bestimme ich an dessen Stellen zum Ersatzbevollmächtigten

3

Herr/Frau

geb. am

Telefon

wohnhaft

Diese Vollmacht, die dem bzw. den Bevollmächtigten weitgehende und umfassende Befugnisse einräumt, umfasst insbesondere folgende Maßnahmen:

I Im vermögensrechtlichen Bereich (bitte streichen, falls nicht gewünscht)

1. die Befugnis, von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abzuheben, um einen Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der Arztkosten zu bezahlen;
2. die Befugnis, für den Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern. Soweit testamentarisch bestimmte Gegenstände meinen Erben vermacht worden sind, sind diese Gegenstände zurückzubehalten und nach meinem Tode den Erben auszuhändigen;
3. die Ermächtigung, das in meinem Eigentum stehende Haus, Straße, Nr. an einen Dritten zum marktüblichen Preis zu veräußern.
4. Jeder der von mir Bevollmächtigten ist berechtigt, Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen abzuschließen.

II Im Bereich der gesundheitlichen Fürsorge und des Selbstbestimmungsrechts

1. die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt oder die Aufnahme in ein Krankenhaus;
2. die Entscheidung über freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie z. B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mit einem Gurt oder anderen mechanischen Vorrichtungen sowie die Verabreichung betäubender Medikamente;
3. die Entscheidung über die Verabreichung von Medikamenten, wie z. B. Zytostatika, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen und Folgen haben oder haben können.
4. Die Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Behandlungen oder Eingriffen, gleichgültig ob es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt oder nicht;
5. die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn ich wegen irreversibler Bewusstlosigkeit, wahrscheinlicher schwerer Dauerschädigung des Gehirns (Decerebration) der wegen dauerndem Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder wegen schwerster- nicht behebbarer – Schmerzzustände außerstande bin, ein menschenwürdiges, d. h. ein für mich erträgliches und weitgehend beschwerdefreies bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung zu führen, oder wenn das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat bzw. die traumatische Schädigung, irreversibel ist;
6. die Entscheidung darüber, ob nach meinem Tode zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen;
7. die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsfähigkeit eine angemessene Betreuung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst. Das Krankenhaus, die Ärzte sowie das Pflegepersonal sind verpflichtet, bei Abbruch der Behandlung die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen auf die Leidhilfe zu beschränken. Vor allem sind sie verpflichtet, Schmerz, Atemnot, unstillbarem Brechreiz, Erstickungsangst oder vergleichbaren schweren Angstzuständen entgegenzuwirken, selbst wenn mit den palliativen Maßnahmen das Risiko einer Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen werden kann.

III Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, den bzw. die Bevollmächtigte(n) über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zur Möglichkeit. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

IV Ich behalte mir ausdrücklich vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

V Die Feststellung, dass ich wegen Krankheit oder aufgrund meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden. Gleiches gilt für die Feststellung, ob eine Schädigung irreversibel ist oder ob eine Erkrankung zum Tode führen wird .

VI Sollte ich aufgrund meines Zustandes außerstande sein, diese Vollmacht zu widerrufen, besteht aber konkreter Anlass zu der Annahme, dass diese Vollmacht missbraucht wird, so soll als Vollmachtstreuer gemäß § 1896 III BGB eingesetzt werden.

Herr/Frau _____ geb. am _____ Telefon _____

wohnhaft _____

VII Ich bin mir der Tragweite dieser Vollmacht bewusst und habe mich über die rechtlichen Folgen informiert. Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. (Ich bin von dem beurkundenden Notar eingehend über Inhalt und Tragweite der Altersvorsorgevollmacht belehrt worden).

(Unterschrift) _____
(Datum)

VIII Folgende Zeugen haben sich davon überzeugt, dass ich diese Altersvorsorgevollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst habe:

Herr/Frau _____ geb. am _____ Telefon _____

wohnhaft _____

(Unterschrift) _____
(Datum)

Herr/Frau _____ geb. am _____ Telefon _____

wohnhaft _____

(Unterschrift) _____
(Datum)