

Vorsorgevollmacht

Name Vorname

Geb.- Datum Geburtsort

Wohnort

Straße

Hat nach medizinischer Erkenntnis mein Sterbeprozess unwiderruflich eingesetzt oder sind aufgrund einer Erkrankung schwerste irreversible Schädigungen mit Sicherheit zu erwarten (z.B. eine hohe Querschnittslähmung) und sollte ich durch Unfall, Krankheit oder aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können oder nicht mehr im Stande sein, mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten wirksam auszuüben, dann bevollmächtige ich gemäß §§ 1896 II 2, 185 164 ff. BGB mit sofortiger Wirkung folgende Personen, mich in allen persönlichen Angelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen für mich und an meiner Stelle, ggf. mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts, zu treffen und diese auszuführen bzw. zu vollziehen.

Jede der nachfolgend aufgeführten Personen ist einzeln zur Vertretung berechtigt.

Die nachfolgend aufgeführten Personen sind nur gemeinsam zur Vertretung berechtigt.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

1. Frau/Herrn geb. am

Wohnort

Straße Telefon

Ich habe von der Bevollmächtigung Kenntnis genommen und nehme sie an.

(Datum, Unterschrift)

2. Frau/Herrn geb. am

Wohnort

Straße Telefon

Ich habe von der Bevollmächtigung Kenntnis genommen und nehme sie an.

(Datum, Unterschrift)

3. Frau/Herrn geb. am

Wohnort

Straße Telefon

Ich habe von der Bevollmächtigung Kenntnis genommen und nehme sie an.

(Datum, Unterschrift)

I. Diese Vollmacht, die – eingegrenzt durch das, was nach den Regeln ärztlichen Tuns zu geschehen hat – dem bzw. den Bevollmächtigten weitestgehende und umfassende Befugnisse einräumt, umfasst hinsichtlich der gesundheitlichen Fürsorge für mich und meines Selbstbestimmungsrechts folgende Maßnahmen:

1. die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn ich wegen unumkehrbarer Bewusstlosigkeit, wahrscheinlicher schwerer Dauerschädigung des Gehirns, wegen dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder wegen schwerster, nicht behebbarer Schmerzzustände außer Stande bin, ein menschenwürdiges, d. h. ein für mich erträgliches und weitgehend beschwerdefreies bewusstes und umweltbezogenes Leben zu führen – oder wenn das Grundleiden unumkehrbar zum Tode führen bzw. die schwere Schädigung unveränderbar bestehen bleiben wird. Entsprechendes gilt für den Fall, dass mein Sterbeprozess nach eindeutiger ärztlicher Erkenntnis unumkehrbar eingesetzt hat;

2. die Zustimmung zu oder Ablehnung von ärztlichen Behandlungen oder Eingriffen, insbesondere, wenn es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt;

3. die Entscheidung über die Verabreichung von Medikamenten, z. B. Zytostatika, die erhebliche, beeinträchtigende Nebenwirkungen und Folgen haben oder haben können;

4. die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt, in einem Krankenhaus oder Hospiz;

5. 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 – sofern diese Maßnahmen zur Behandlung nicht unbedingt nötig sind.

6. Die Entscheidung darüber, ob nach meinem Tode zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen.

Ich habe bereits entschieden, dass nach meinem Tode zu Transplantationszwecken Organe

entnommen werden dürfen

nicht entnommen werden dürfen (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Telefon

Anschrift

Name

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift

aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsstrübung durch Krankheit, Unfall oder sonstige Umstände nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, habe ich eine Vorsorgevollmacht bei meinen persönlichen Unterlagen und in Kopie bei meinen Bevollmächtigten hinterlegt.

Für den Fall, dass ich

II. Die oben genannten Personen meines Vertrauens sind insbesondere über nachfolgende persönliche Wünsche informiert und aufgefordert, diese bei ihrer Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.

1. Bei Aussicht auf Wiedererlangen des Bewusstseins, der Entscheidungsfähigkeit und eines menschenwürdigen Lebens erwarte ich medizinische, pflegerische, seelsorgliche und soziale Hilfe ohne jede Einschränkung.
2. Hat jedoch mein Sterbeprozess nach eindeutiger ärztlicher Erkenntnis unumkehrbar eingesetzt, will ich in Frieden sterben. Mein Leben soll sich in Würde vollenden.
3. Deshalb sind dann alle Maßnahmen zu unterlassen, die eine Verlängerung meines Sterbeprozesses (Sterbens) und damit eine Leidensverlängerung bedeuten. Ich will, dass angemessene Maßnahmen eingeleitet werden, die die Linderung von Schmerzen, Unruhe und Angst bewirken, auch wenn durch eine solche Behandlung eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.
4. Wenn es zu einem dauernden Ausfall lebenswichtiger Funktionen kommt, will ich keine Wiederbelebung mehr. Ein nur maschinell erhaltenes Leben lehne ich ab.
5. Ist eine ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung in meiner vertrauten Umgebung nicht zu gewährleisten, bitte ich um Aufnahme in ein Hospiz oder eine vergleichbare Einrichtung.

III. 1. Die Feststellung, dass ich wegen Krankheit oder aufgrund meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außer Stande bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen, muss in jedem Fall von zwei Ärzten unabhängig voneinander getroffen werden. Gleiches gilt für die Feststellung, ob eine Schädigung irreversibel ist oder ob mein Sterbeprozess unumkehrbar eingesetzt hat.

2. Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, den bzw. die Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

IV. Ich bin mir der Tragweite dieser Vollmacht bewusst und habe mich über die rechtlichen Folgen informiert. Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Diese Vollmacht soll weder durch den Eintritt der Geschäftsunfähigkeit noch der Betreuungsbedürftigkeit erlöschen; sie soll eine Betreuung vermeiden und geht einer Betreuung vor. Ich bin dabei beraten worden von

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Ort Datum Unterschrift

Ich bin darauf hingewiesen worden, daß trotz erteilter Vorsorgevollmacht die Bestellung eines Betreuers oder die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erforderlich werden kann. Als Vollmachtbetreuer wünsche ich dann den von mir benannten Ersatzbevollmächtigten:

Frau/Herr geb. am

Wohnort

Straße Telefon

Ich habe von der Bevollmächtigung Kenntnis genommen.

Ort Datum Unterschrift

V. Folgende Zeugen haben sich davon überzeugt, dass ich diese Vorsorgevollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst habe. Sie bezeugen die Echtheit meiner Unterschrift:

1. Name Vorname

Anschrift Unterschrift

2. Name Vorname

Anschrift Unterschrift

Selbst bestimmen – bis zuletzt

Vorsorgevollmacht

3te ergänzte Auflage 2000

bei Problemen
der gesundheitlichen Fürsorge,
wenn es um Situationen
unumkehrbarer schwerster
Schädigungen und um den
Prozess des Sterbens geht.

