

## General- und Vorsorgevollmacht

Ich, (Name Vollmachtgeber), geboren am ..... bestelle im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte zu meinen allgemeinen Bevollmächtigten

1.           meinen (Status)  
                  (Name, Geburtsdatum)  
          wohnhaft in  
                  (Straße, PLZ, Ort)
  
2.           meine (Status)  
                  (Name, Geburtsdatum)  
          wohnhaft in  
                  (Straße, PLZ, Ort)

- je einzeln vertretungsberechtigt -

und erteile hiermit ausdrücklich

### I.

#### **GENERALVOLLMACHT**

Die Bevollmächtigten sind zur Besorgung aller Angelegenheiten und Abgabe rechtsverbindlicher Erklärungen aller Art ermächtigt, soweit es überhaupt eine Vertretung nach den Gesetzen zulässig ist.

Die Vollmacht erstreckt sich auf alle Rechtsgeschäfte, Verfahrenserklärungen und Rechtshandlungen gegenüber allen Privatpersonen, juristischen Personen, Banken, Gerichten und Behörden in jeder Weise.

Die Vollmacht berechtigt insbesondere zur Verwaltung meines Vermögens, zur Verfügung über Vermögensgegenstände einschließlich sämtlicher Konten und Guthaben (auch deren Auflösung), zum Vermögenserwerb, zur Eingehung von Verbindlichkeiten, zum Abschluss

eines Heimvertrages, zur Auflösung einer Wohnung einschließlich eines Mietverhältnisses, zur Beantragung von Renten und Versorgungsbezügen, Leistungen aus der Pflegeversicherung oder von Sozialhilfe und dergleichen. Sie berechtigt auch zur Entgegennahme und Öffnung meiner Post.

## II. VOLLMACHT IN GESUNDHEITSFragen

Alle Entscheidungsrechte, die mir als geschäftsfähigem Patienten kraft gesetzlicher Bestimmungen bzw. vertraglicher Vereinbarungen Ärzten, Therapeuten und Pflegern gegenüber zustehen, können und sollen von denen in dieser Urkunde benannten Bevollmächtigten vorgenommen werden. Dies gilt grundsätzlich, insbesondere jedoch dann, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selber zu regeln oder zu überwachen.

Ich erteile daher diese Vollmacht auch im Sinne einer **Vorsorge- und Betreuungsvollmacht**. Sie berechtigt auch zur Vertretung in allen meinen persönlichen Angelegenheiten, insbesondere für den Bereich

### **Gesundheit, Pflege, Versorgung und Aufenthalt**

Die Vollmacht berechtigt somit auch zur Vertretung in den nachfolgend aufgeführten Angelegenheiten, die beispielhaft genannt sind:

1. Einwilligung in sämtliche ärztliche Maßnahmen und Eingriffe, in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes und Einwilligung in eine Heilbehandlung und zwar auch jeweils dann, wenn die Behandlung mit dem Risiko eines schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden oder gar mit Lebensgefahr verbunden ist (§ 1904 BGB). Dies gilt auch für die Einwilligung zur Unterlassung oder Beendigung lebensverlängernden Maßnahmen; *die Patientenverfügung gemäß Punkt V. dieser Verfügung muss jedoch hierbei zwingend beachtet werden.*
2. Vertretung gegenüber Ärzten, Krankenhäuser und Pflegeheimen und Therapeuten einschließlich der Befugnis zur Einsichtnahme in die Krankenunterlagen und Einholung aller sonstigen Auskünfte und Informationen. Alle behandelnden Ärzte und Therapeuten sind dem Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht entbunden und gehalten, die gewünschten Informationen zu erteilen.

3. Bestimmung des Aufenthaltes, sowie die Befugnis zu Unterbringungsmaßnahmen im Sinne des § 1906 BGB, nämlich Unterbringung in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung einschließlich der Erteilung der Einwilligung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen durch mechanische Vorrichtungen wie Bettgitter oder Bauchgurte oder durch Medikamente oder ähnliches über einen längeren Zeitraum, soweit dies zum Wohle des Vollmachtgebers zwingend erforderlich ist.
4. Einwilligung in ärztlichen Zwangsmaßnahmen gem. § 1906a Abs. 1 und 4 BGB. Die Vollmacht berechtigt auch:  
zur Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen;  
zur Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus gegen meinen natürlichen Willen, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt, sowie zu einer Unterbringung, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, sowie zu allen Maßnahmen, durch die mittels mechanischer Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.
5. Mir ist bekannt, dass bei freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie bei ärztlichen Maßnahmen, die meinem natürlichen Willen widersprechen, die Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich ist.

### III.

#### **ALLGEMEINES**

Die Erteilung von Untervollmachten ist nur in Vermögensangelegenheit möglich. Eine Untervollmacht in Vermögensangelegenheiten darf nur an Rechtsanwälte erteilt werden, damit diese mit der Vertretung in rechtlichen Streitigkeiten beauftragt werden können.

Die Bevollmächtigten sind von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit, können mich also auch bei Rechtsgeschäften mit sich selbst oder als Vertreter eines Dritten vertreten.

Über die rechtliche Tragweite dieser Vollmacht habe ich mich informiert und erkenne den besonderen Vertrauenscharakter dieser Vollmacht.

Die Vollmacht erlischt nicht durch meinen Tod oder Geschäftsunfähigkeit.

Die Vollmacht gilt nur, wenn der bzw. die Bevollmächtigte eine beglaubigte Ausfertigung dieser Vollmacht vorweisen kann.

Ich weiß, dass ich diese Vollmacht jederzeit widerrufen kann und das dieser Widerruf unmittelbar dem Bevollmächtigten gegenüber zu erklären ist. Im Falle eines Widerrufs werde ich auch die Ausfertigung

dieser Urkunde wieder einziehen und die erteilenden Behörde / Notar darüber informieren.

Sollte ich künftig in meiner Geschäftsfähigkeit beschränkt sein oder gar geschäftsunfähig werden, hätte dies auf den Fortbestand dieser Vollmacht und ihrem Umfang keinerlei Einfluss. Ich erteile diese Vollmacht gerade auch als Vorsorge für einen solchen Fall, um die Bestellung eines Betreuers im Sinne §§ 1896 ff. BGB zu vermeiden.

Die Bevollmächtigten haben auch alle Befugnisse, die ein für mich bestellter Betreuer hätte, soweit sie nicht ohnehin durch die generelle Bevollmächtigung in dieser Urkunde gedeckt sind und dies ohne Vormundschaftsgerichtliche Überwachung und Kontrolle.

#### **IV. BETREUUNGSVERFÜGUNG**

Sollte aus zwingenden gesetzlichen Gründen trotz meiner vorstehend erklärten Vorsorgevollmacht die Bestellung eines Betreuers unvermeidlich sein, so schlage ich gemäß § 1897 Abs. 4 BGB die Bevollmächtigten als Betreuer vor.

Ein Überwachungsbetreuer darf nur bestellt werden, wenn dem Gericht konkrete Tatsachen über den Missbrauch dieser Vollmacht offengelegt werden.

#### **V. PATIENTENVERFÜGUNG gem. § 1901 a BGB**

Ich erkläre hiermit, nachdem ich mich über die medizinische Situation und rechtliche Bedeutung einer solchen Erklärung ausführlich informiert habe, dass ich im Falle eines Kreislaufstillstandes nicht mehr reanimiert (wiederbelebt) werden will. Weiterhin verfüge ich, dass ich im Falle einer irreversiblen Bewusstlosigkeit oder einer wahrscheinlich schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder des dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder bei ungünstiger Prognose hinsichtlich meiner Erkrankung mit einer Intensivtherapie nicht einverstanden bin; dies beinhaltet sowohl jegliche Art einer Beatmung (Maske oder Luftröhrenschnitt / Tracheostoma) als auch eine Ernährung über Magensonde oder PEG. Für den Fall, dass durch eine solche ärztliche Maßnahme nicht mehr erreicht werden kann als eine Verlängerung des Leidens, verweigere ich hiermit ausdrücklich die Zustimmung zu irgendwie gearteten ärztlichen Eingriffen, zumal wenn sie mit erheblichen Schmerzen verbunden sind.

Sollten Diagnose und Prognose - ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose - von mindesten zwei Ärzten, wovon mindestens ein

Arzt ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein sollte, ergeben, dass meine Krankheit unwiderruflich zum Tode führen oder mir aller Voraussicht nach große Schmerzen oder ein Siechtum oder eine lange Pflegebedürftigkeit bereiten wird, so wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Mitteln einer Intensivtherapie. Sollte ich eine Hirnverletzung oder eine Gehirnerkrankung haben, durch die meine normalen geistigen Funktionen schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sind, so bitte ich um Einstellung der Therapie, sobald durch mindestens zwei Ärzte festgestellt wird, dass ich künftig nicht mehr in der Lage sein werde, ein menschenwürdiges Dasein zu führen (Lebensqualität gem. Definition WHO).

Vorstehende Erklärungen stellen keinen allgemeinen Verzicht auf die vertraglich zustehende ärztliche Behandlung dar. Sie beschränken vielmehr meine Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung auf eine Linderung von Leiden und Beschwerden. Wenn ich damit die Ärzte bitte, das Recht auf einen mir gemäßen Tod zu achten, so heißt das nicht, dass ich damit grundsätzlich die ärztliche Hilfe und Behandlung in der Form ausreichender Medikation und Leidensminderung ablehne. Vielmehr setze ich mein Vertrauen in eine vom Arzt anzuordnende schmerzlindernde und angstnehmende Medikation, auch wenn sie zur Bewusstseinsausschaltung oder wegen ihrer - vom Arzt nicht beabsichtigten - Nebenwirkungen zu einem früheren Ableben führen sollte.

## **VI. TRANSPLANTATIONSVERFÜGUNG**

Ich verfüge weiterhin, dass wenn mein Tod nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt worden ist, meinem Körper Organe und Gewebe zum Zwecke einer Transplantation entnommen werden dürfen. Die gesetzlichen Vorgaben des Transplantationsgesetzes sind hierbei zu beachten.

Im Übrigen gelten auch für diese Vollmacht meine Erklärungen unter Ziffer I dieser Urkunde.

## **VII SONSTIGES**

Ich verfüge weiterhin, dass nicht davon ausgegangen werden darf, dass ich meine oben beschriebene freie Meinung / Verfügung zu einem späteren Zeitpunkt ändern möchte.

Geschehen zu ..... den.....

Unterschrift des Vollmachtgebers

.....