

## Vorsorgevollmacht

### für Gesundheits- und Aufenthaltsangelegenheiten

von

Vorname, Nachname: .....(Vollmachtgeber,in)

Geburtsdatum:.....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon / Mobil: .....

### Ich erteile hiermit als Person / Personen meines besonderen Vertrauens

**Vorname, Name:** .....(Bevollmächtigte,r)

Geburtsdatum: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon / Mobil: .....

**Vorname, Name:** ..... (Bevollmächtigte,r)

Geburtsdatum: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon / Mobil: .....

## **Vollmacht, mich in den nachfolgenden Angelegenheiten zu vertreten.**

Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde.

Diese Vollmacht gilt nach außen uneingeschränkt. Sie ist nur wirksam, wenn die bevollmächtigte Vertrauensperson die Vollmachtsurkunde im Original vorlegen kann.

Sollte trotz dieser Vollmacht für einzelne Aufgabenkreise eine rechtliche Betreuung erforderlich sein, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer,in zu bestellen.

## **Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit/Selbstbestimmungsrecht**

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge ebenso entscheiden wie über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs.1 BGB)
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- Sie darf alle Auskünfte und Informationen verlangen, Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden.

## **Aufenthaltsbestimmung und Unterbringung**

- Sie darf über meinen Aufenthalt bestimmen, über das Verbleiben zu Hause, die Aufnahme in ein Krankenhaus oder in eine Pflegeeinrichtung.

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 Abs.1 BGB) einschließlich ärztlicher Zwangsmaßnahmen (§1906 Abs.3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettseitenteile, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§1906 Abs.4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.  
Sie hat für die Beendigung der Maßnahmen zu sorgen, sobald die Voraussetzungen gem. §1906 BGB hierfür entfallen sind.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht bzw. Betreuung in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den geäußerten Wünschen, Werten und Verfügungen des Vollmachtgebers, der Vollmachtgeberin zu orientieren.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der, des Bevollmächtigten

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der, des Bevollmächtigten