

Name: Test Testus
Geburtsdatum: 01.05.1955
Wohnort: Weg 33, 54332 Frankfurt/Main

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

Herrn

geb. am

wohnhaft

Telefon

ersatzweise

Frau

geb. am

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 meinem 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**

- 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;

- Die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung mit Freiheitsentzug bzw. über das Verlassen dieser Einrichtungen;
- Die Einwilligung in freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, wenn sie nicht nur der Beherrschung einer akuten Situation dienen, sondern über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durchgeführt werden sollen;
- 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 körperlichen 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;
- Die Einwilligung zur Teilnahme an einem medizinischen Forschungsprojekt;
- Die Einwilligung zu einer Obduktion zur Befunderklärung;
- Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet alle meine behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal, den Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und meine Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte und nichtärztliches Personal von Ihrer Schweigepflicht.

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.

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

- von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken, 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;
- Vertretung meiner Person bei Behörden und Leistungsträgern, wie z.B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen, Beihilfestellen, Rententräger.
- Verwaltung (einschließlich Abschluss, Kündigung) aller sonstigen Verträge

II. Widerruf der Vollmacht

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

III. Zum Fall einer Betreuung

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:

Frau/Herrn _____

geb. am _____

wohnhafte _____

Telefon _____

Datum, Unterschrift Herr Test Testus

Ich/Wir bestätigen mit unserer Unterschrift, dass Herr Test Testus die Vorsorgevollmacht im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat.

Name: Vorname: Wohnort: Datum Unterschrift

Name: Vorname: Wohnort: Datum Unterschrift

Name: Vorname: Wohnort: Datum Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname: Test

Vorname: Testus

Geburtsdatum: 01.05.1955

Adresse: Weg 33, 54332 Frankfurt/Main

die Vorsorgevollmacht vom im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen
Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

Wasserliesch, 20.01.2011

Dr. med. Frank Wiss

Unterschrift und Stempel