

Generalvollmacht

Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht,

Vollmacht für den Todesfall,

und

Patientenverfügung

von

Formulargebühr: 7,50 €

Ich, (Vollmachtgeber/in)

* in

Geburtsname:

wohnhaft in

erteile hiermit Vollmacht

an (bevollmächtigte Person / Vollmachtnehmer/in)

* in

Geburtsname:

wohnhaft in

Telefon:

E-Mail:

Darüber hinaus erteile ich zusätzlich Vollmacht an folgende Personen
– jede für sich handelnd –:

* in

Geburtsname:

wohnhaft in

Telefon:

E-Mail:

oder

* in

Geburtsname:

wohnhaft in

Telefon:

E-Mail:

Die obige Vertrauensperson(en) wird / werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.

Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Diese Vollmacht soll auch noch in Kraft bleiben, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Generalvollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original vorlegen kann.

Soweit Angelegenheiten meiner Gesundheit betreffend zu vertreten sind, verweise ich ausdrücklich auf meine Patientenverfügung als Anlage zu dieser Generalvollmacht.

Die Generalvollmacht soll nicht mit meinem Tode erlöschen; sie soll solange in Kraft bleiben, bis meinen Erben ein Erbschein ausgehändigt worden ist bzw. die Erbschaftsangelegenheiten vollständig abgewickelt sind.

Näheres hierzu ist in meinem / unserem Testament geregelt.

ja nein

Salvatorische Klausel

Sollten Aufgaben, Forderungen oder Konditionen dieser Generalvollmacht rechtlich nicht zulässig sein, so soll die Generalvollmacht in ihrer Gesamtheit fortbestehen und nur die fehlerhaften Teile dahingehend geändert werden, dass diese dem formulierten Willen des Vollmachtgebers in Wort und Geist entsprechen.

Betreuungsverfügung & Vorsorgevollmacht

Gesundheitsfürsorge / Pflegebedürftigkeit

- Der Vollmachtnehmer darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge für mich entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil)ambulanten Pflege. ja nein
- Der Vollmachtnehmer ist befugt, meinen in der Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. ja nein
- Der Vollmachtnehmer darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn dies mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904, Abs. 1 BGB). ja nein
- Der Vollmachtnehmer darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. ja nein
- Der Vollmachtnehmer darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und das nicht ärztliche Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. ja nein
- Der Vollmachtnehmer darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. ja nein

Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

- Der Vollmachtnehmer darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich der Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ja nein
- Der Vollmachtnehmer darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen. ja nein
- Der Vollmachtnehmer darf Vereinbarungen mit Pflegediensten abschließen und kündigen. ja nein
- ja nein

Behördenangelegenheiten

Der Vollmachtnehmer darf mich

- bei allen gerichtlichen und außergericht- und außergerichtlichen Verfahren ohne Einschränkungen vertreten bzw. Prozesse führen. ja nein
- bei Behörden vertreten (z.B. Finanzamt, Grundbuchamt etc.). ja nein
- bei Versicherungen vertreten. ja nein
- bei Rententrägern vertreten. ja nein
- bei Sozialleistungsträgern vertreten. ja nein
- ja nein

Vermögensvorsorge

Der Vollmachtnehmer darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich:

- Über meine Vermögensgegenstände jeder Art verfügen. ja nein
- Zahlungen entgegennehmen. ja nein
- Wertgegenstände entgegennehmen. ja nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. ja nein
- Mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten, Versicherungen und Banken vertreten. ja nein
- Schenkungen im Rahmen vornehmen, die einem Betreuer rechtlich gestattet sind. ja nein

Folgende Geschäfte sollen nicht wahrgenommen werden:

- ja nein

Wichtige Hinweise für Vollmachten zur Vermögensvorsorge

- Einige Kreditinstitute verlangen in ihren Geschäftsbedingungen für Vollmachten die Nutzung von bankeigenen Vordrucken. **Bitte bei Ihrem Kreditinstitut nachfragen!**
- Für Immobiliengeschäfte jeglicher Art ist eine besondere notarielle Vollmacht erforderlich,
- Für die Aufnahme von Darlehen und Hypotheken ist eine besondere notarielle Vollmacht erforderlich,
- Für Vertretungen im Handelsgewerbe ist eine besondere notarielle Vollmacht erforderlich.

Post- und Fernmeldeverkehr

- Der Vollmachtnehmer darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. ja nein
- Der Vollmachtnehmer darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse und Kündigungen) abgeben. ja nein

Vertretung vor Gericht

- Der Vollmachtnehmer darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen sowie Dritte mit der Wahrnehmung meiner Interessen beauftragen. ja nein

Erteilung von Untervollmachten

- Der Vollmachtnehmer darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmachten erteilen. ja nein

Vorschlag für eine gesetzliche Vertretung / Betreuung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung erforderlich sein sollte, bitte ich das Gericht obige Vertrauensperson auf Seite 2 dieses Schriftstücks als meinen gesetzlichen Betreuer oder Betreuerin zu bestellen. ja nein

Steinbach (Taunus), den

(Unterschrift Vollmachtgeber/in)

Vorsorgevollmacht für den Todesfall

- Der Vollmachtnehmer ist berechtigt alle Handlungen, die mit meinem Ableben erforderlich werden einzuleiten, wie z. B. die Entscheidung über Ort und Form meiner Bestattung, die Entgegennahme von Sterbegeldern und ihre Quittierung; sowie die Inbesitznahme und Verwaltung meines Nachlasses bis zur amtlichen Feststellung der Erben. ja nein

- Es sind nachfolgende Personen zu benachrichtigen:
 - Ehegattin/Ehegatte und Kinder ja nein
 - Eltern / Schwiegereltern ja nein
 - ja nein

Weitere Regelungen

ja nein

Steinbach (Taunus), den

(Unterschrift Vollmachtgeber/in)

Patientenverfügung

- Ich habe mich über die medizinische Situation und rechtliche Bedeutung einer Patientenverfügung bei meinem Hausarzt informiert und erkläre, dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin.
- Die nachstehenden Erklärungen stellen keinen allgemeinen Verzicht auf die mir vertraglich zustehenden ärztlichen Behandlungen dar.
- Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich hiermit:
 - wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, ja nein
 - wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, ja nein
 - wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen, ja nein
 - wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzer-

krankung) auch mit ausdauernder Hilfe-
stellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung
und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir
zu nehmen,

○

ja

nein

mit einer Intensivtherapie oder Wiederbelebung
nicht einverstanden bin.

Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen
die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein
kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zu-
stand nicht ganz sicher auszuschließen, aber
unwahrscheinlich ist.

- Sollte durch eine ärztliche Maßnahme nur eine Verlängerung des Sterbens oder nur eine Verlängerung des Leidens erreicht werden, verweigere ich ausdrücklich meine Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen, zumal, wenn sie mit erheblichen Schmerzen verbunden sind.
- Ich wünsche keine weiteren diagnostischen Eingriffe und keine Verlängerung meines Lebens mit den Mitteln der Intensivtherapie, wenn von mindestens zwei Fachärzten - ungeachtet der Möglichkeit einer Fehldiagnose - bestätigt wird, dass meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird.
- Ich wünsche, dass mein Sterben nicht mit Hilfe apparativer Maßnahmen unnötig verlängert wird.
- Ich setze mein volles Vertrauen in eine vom Arzt anzuordnende schmerzlindernde Medikation, auch wenn sie zur Bewusstseinsausschaltung oder wegen ihrer - vom Arzt nicht beabsichtigten - Nebenwirkungen zu einem früheren Ableben führen sollte. Ebenso wünsche ich sinnvolle unterstützende Therapiemaßnahmen.

- Ich stimme einer Organspende zu. ja nein
- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntodes bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntodes nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.
- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Mein(e) Vertreter(in) in dieser Vollmacht soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin / Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung meiner/meinem Bevollmächtigten gelten.
- Beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer in Berlin ist keine Kopie dieser Patientenverfügung hinterlegt. ja nein

▪ Weitere Regelungen

ja nein

Steinbach (Taunus), den

(Unterschrift Vollmachtgeber/in)

Bestätigung des Hausarztes

Ich habe meinen Patienten (Vollmachtgeber auf Seite 2) über die medizinische Situation und rechtliche Bedeutung dieser Patientenverfügung informiert. Die wesentlichen Punkte zur Krankenvorgeschichte sind nachfolgend dokumentiert.

Krankenvorgeschichte

den

(Stempel und Unterschrift Hausarzt/Hausärztin)

Öffentliche Beglaubigung

Die vorstehenden drei Unterschriften sind vom Vollmachtgeber auf Seite 2 dieser Urkunde in Gegenwart des Ortsgerichtsvorstehers eigenhändig vollzogen worden.

Der/die Unterzeichner/in ist mir persönlich bekannt bzw. hat sich durch Bundespersonalausweis ausgewiesen.

Steinbach (Taunus), den

Tgb-Nr.

Der Ortsgerichtsvorsteher

Gebühr(en) gemäß § 13 Absatz 1 des Ortsgerichtsgesetzes (Dienstsiegel)

- Beglaubigung einer Unterschrift 7,50 €
- Zuschlag, wenn die Beglaubigung 5,00 €
außerhalb der Geschäftsräume erfolgt
- Formulargebühr
– wenn nicht selbst erstellt – 7,50 €

Festgesetzte Gebühr:

Die Gebühr wurde heute bar bezahlt.

Bestätigung der Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Diese Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung entspricht nach wie vor meinem Willen.

Steinbach (Taunus), den . . . 202 _____
(eigenhändige Unterschrift Vollmachtgeber/in)

Diese Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung entspricht nach wie vor meinem Willen.

, den . . . 202 _____
(eigenhändige Unterschrift Vollmachtgeber/in)

Diese Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung entspricht nach wie vor meinem Willen.

, den . . . 20 _____
(eigenhändige Unterschrift Vollmachtgeber/in)

Diese Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung entspricht nach wie vor meinem Willen.

, den . . . 20 _____
(eigenhändige Unterschrift Vollmachtgeber/in)

Wichtiger Hinweis:

Es wird empfohlen alle 5 Jahre mit seiner Unterschrift zu betätigen, dass man sich erneut mit den Erklärungen auseinandergesetzt hat und die getroffenen Verfügungen weiterhin noch dem eigenen Willen entsprechen. Eine erneute Beglaubigung der Unterschrift ist nicht notwendig.

Hinweise zum Ausfüllen der Patientenverfügung

Wir empfehlen Ihnen, mit Ihrem Hausarzt über diese Vollmacht und Patientenverfügung zu sprechen. Um Unklarheiten oder Missverständnisse zu vermeiden, bitten Sie Ihren Arzt, Ihre **Krankenvorgeschichte** kurz zu notieren.

Wichtig für die **Vorsorge- bzw. Betreuungsverfügung** ist, dass Sie vorab mit der Person Ihres Vertrauens (Angehörige, Freunde oder Bekannte) sprechen, damit diese sich in Ihrem Sinne einsetzen kann.

In der Betreuungsverfügung können Sie auch festlegen, wen Sie gerne als Ihren ggf. von einem Gericht zu bestellendem Betreuer sehen möchten. Der oder die vom Gericht bestellten Betreuer hat/haben die Aufgabe, an Ihrer Stelle für Sie zu handeln, also auch sehr einschneidende Entscheidungen zu treffen. So darf z.B. der Arzt nicht gegen den Willen des Betreuers eine Behandlung durchführen. Der Arzt muss dessen/deren Erklärung akzeptieren, als wäre sie von Ihnen direkt ausgesprochen.

In der **Patientenverfügung** ist am Anfang klargestellt, dass Sie nicht von vornherein auf ärztliche Hilfe verzichten. Sie setzen allerdings dem ärztlichen Handeln gewisse Grenzen, die nicht überschritten werden dürfen.

In Kapitel werden die Voraussetzungen genannt, unter denen Sie eine Intensivtherapie oder eine Wiederbelebung (Reanimation) nicht wünschen. Sollten Sie für sich persönlich eine weitere Konkretisierung wünschen, tragen Sie diese bitte nach.

Die aufgeführten Positionen geben den Ärzten wichtige Hinweise. Kein Arzt darf gegen den Willen des Patienten eine Behandlung durchführen (Tatbestand der Körperverletzung!). Insofern bedeutet die Erklärung auch eine juristische Absicherung des Arztes von dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung.

Des Weiteren ist das notwendige Verfahren beschrieben, um lebensverlängernde medizinische Maßnahmen abubrechen, bzw. erst gar nicht einleiten zu dürfen. Dieses Verfahren setzt eine intensive Auseinandersetzung mit Ihrer Krankheit und deren Verlauf voraus. Es dient auch Ihrer Sicherheit vor übereilten Entscheidungen.

Weiter können Sie optional dem Arzt darstellen, dass Sie ein möglichst schmerzfreies Sterben wünschen. Hierzu gibt es entsprechende Medikamente, u.a. auch Opiate. Unter Umständen nehmen Sie in Kauf, dass Ihr Sterben beschleunigt wird. Hier liegt für den Arzt Straffreiheit vor.

Sie können dem Arzt darstellen, dass Sie jede Form der aktiven Sterbehilfe ablehnen oder eine aktive Sterbehilfe – soweit nach Rechtslage möglich – von Ihnen befürwortet wird.

Die Bereitschaft zur Organspende bedeutet, dass Sie auch damit einverstanden sind, künstlich mit Hilfe von Maschinen weiterleben zu müssen bis zur Organentnahme.

Wir empfehlen Ihnen, diese Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen zu erneuern, indem Sie diese Verfügung neu unterschreiben (Bitte Datum nicht vergessen!!). Dadurch gewährleisten Sie die Glaubwürdigkeit Ihrer Erklärungen und können ggf. Änderungen oder Ergänzungen vornehmen.

Eine erneute öffentliche Beglaubigung ist nicht erforderlich.

Weitere Informationen zum Thema Generalvollmacht erhalten Sie z.B.:

- beim Seniorenbeirat in der Landeshauptstadt Wiesbaden,
- In Broschüren vom Hessischen Ministerium der Justiz.
- Im Internet unter den Stichworten „Patientenverfügung“, „Vorsorgevollmacht“, „Generalvollmacht“, etc.

Hinweise:

- Die Unterschrift des Hausarztes ist keine Wirksamkeitsvoraussetzungen für diese Generalvollmacht.
- Bei Zweifeln und Unsicherheiten sollten Sie den Rat eines Rechtsanwalts oder Notars suchen.