

## Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung und Betreuungsverfügung

### A. Vorsorgevollmacht

#### I.

#### Hauptbevollmächtigung

Ich \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

bevollmächtigte hiermit \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

mich in allen vermögensrechtlichen und persönlichen Angelegenheiten nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.

#### II.

#### Vermögensrechtliche Angelegenheiten

1. Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, mich in allen vermögensrechtlichen Angelegenheiten, soweit dies rechtlich zulässig ist, zu vertreten.
2. Die Vollmacht umfasst z. B. die Abgabe und Entgegennahme von Willenserklärungen und geschäftsähnlichen Handlungen, die Verwaltung meiner Einkünfte sowie die Besorgung der laufenden Geschäfte einschließlich des Eingehens von Verbindlichkeiten. Hierzu gehören die Abwicklung von Bankgeschäften, Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Versicherungen, Krankenkassen und sonstigen Sozialleistungsträgern einschließlich aller Prozesshandlungen, die eventuell bezüglich meiner Wohnung notwendige Kündigung des Mietvertrags und Auflösung des Haushalts, sowie die Entgegennahme und Öffnung meiner Post. Dies gilt auch für mein immaterielles Vermögen, insbesondere für meine digitalen Daten, Accounts und Social-Media-Profile, sowie für erb-, handels- und gesellschaftsrechtliche Rechtsgeschäfte.
3. Die bevollmächtigte Person ist insbesondere auch berechtigt, über mir gehörige Vermögensgegenstände zu verfügen, insbesondere über Grundbesitz, also diese ganz oder teilweise zu veräußern und zu belasten einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Zwangsvollstreckungsunterwerfungen zu erklären.

#### III.

#### Persönliche Angelegenheiten

1. Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, mich in allen persönlichen Angelegenheiten, soweit dies rechtlich zulässig ist, zu vertreten. Insbesondere ist sie zu allen Erklärungen

und Handlungen berechtigt, zu denen ein Betreuer mit oder ohne Genehmigung des  
Betreuungsgerichts befugt wäre, wie

- a. die Einwilligung in alle erforderlichen ärztlichen Untersuchungen, Heilbehandlungen  
und Eingriffe bei mir, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund  
der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen  
Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB);
  - b. die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung in eine Untersuchung des  
Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, auch  
wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht,  
dass ich auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe  
oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§  
1829 Abs. 2 BGB);
  - c. die Aufenthaltsbestimmung, und zwar einschließlich einer mit Freiheitsentziehung  
verbundenen Unterbringung in einem Krankenhaus, Heim oder einer sonstigen  
Einrichtung einschließlich eventuell notwendiger Zwangsmaßnahmen (§ 1831 Abs.  
1, 4 BGB);
  - d. die Einwilligung in unterbringungsähnliche Maßnahmen, die mit einer Freiheits-  
entziehung verbunden sind, wie z. B. das Anbringen von Bauchgurten, Bettgittern  
und anderen mechanischen Vorrichtungen sowie durch Medikamente oder auf  
andere Weise;
  - e. die Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen von Untersuchungen  
des Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen  
einschließlich einer damit verbundenen Verbringung (§ 1832 Abs. 1, 4 BGB);
  - f. die Einwilligung in das Unterlassen oder den Abbruch lebenserhaltender  
Maßnahmen;
  - g. den Abschluss von Verträgen mit Kliniken, Alten- und Pflegeheimen.
2. Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, Krankenunterlagen einzusehen und alle  
Informationen von den behandelnden Ärzten und dem nichtärztlichen Personal einzuholen,  
die ich hiermit von ihrer Schweigepflicht entbinde.

#### IV.

#### Ersatzbevollmächtigung

Sollte die von mir bevollmächtigte Person vor mir versterben oder selbst nicht in der Lage sein,  
aufgrund der Vollmacht zu handeln, bestimme ich zur/zum Ersatzbevollmächtigten meine/n

---

---

---

Bei mehreren Personen: einzelvertretungsberechtigt oder gemeinschaftlich  
vertretungsberechtigt??

Sollten sich meine Kinder bei einer zu treffenden Entscheidung nicht einig werden, so soll die Entscheidung von

\_\_\_\_\_ maßgeblich sein.

## **B.**

### **Patientenverfügung**

1. Ich erkläre für den Fall, dass ich unheilbar krank bin und infolge Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinstörung nicht mehr über meine eigene Zukunft entscheiden oder meinen Willen nicht mehr verständlich äußern kann, folgendes:

Sofern keine vernünftige Aussicht auf meine Gesundheit von körperlicher oder geistiger Krankheit oder einer Schädigung besteht, von denen angenommen werden muss, dass sie mir schweres Leiden verursachen oder mir bewusstes Existieren unmöglich machen, bitte ich, dass man mich sterben lässt und nicht durch künstliche Mittel (z. B. Intensivtherapie, Reanimation, Magensonde) am Leben erhält. Ein solcher Zustand, der eine Heilung oder zumindest Verbesserung meines Gesundheitszustandes ausschließt, ist anzunehmen, wenn mindestens zwei Fachärzte unabhängig voneinander zu diesem Urteil gelangen und keine abweichende ärztliche Prognose eines behandelnden Arztes vorliegt.

Auch Transplantationen oder künstliche Beatmung lehne ich in diesem Fall ab. Sollte durch ärztliche Maßnahmen nicht mehr erreicht werden können als eine Verlängerung des Sterbevorganges oder eine Verlängerung des Leidens, verweigere ich hiermit ausdrücklich die Zustimmung zu irgendwie gearteten ärztlichen Eingriffen, zumal wenn sie mit erheblichen Schmerzen verbunden sind.

Ich bitte mir jede notwendige Menge von Medikamenten zu geben, die erforderlich sind, um mich von Schmerzen und großer Belastung zu befreien, auch wenn sie lebensverkürzend sind oder zu einer Ausschaltung des Bewusstseins führen.

*Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Gehirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür kurzfristig zur Erhaltung der Lebensfunktionen ärztliche Maßnahmen durchgeführt oder aufrecht erhalten bleiben, gestatte ich ausnahmsweise für diesen Fall die kurzfristige - Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende - Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.*

2. Die bevollmächtigte Person ist beauftragt und ermächtigt, meinen Wünschen Geltung zu verschaffen. Im Übrigen richtet sich die vorstehende Erklärung an alle, die es angeht und die mich behandelnden Ärzte.

## **C.**

### **Betreuungsverfügung**

Sollte trotz der bestellten Vollmacht für mich eine Betreuung notwendig oder zweckmäßig werden, bestimme ich, dass die bevollmächtigte Person zu meinem Betreuer bestellt wird.

## D.

### Schlussbestimmungen

1. Die Vollmacht soll durch meinen Tod nicht erlöschen und gilt über meinen Tod hinaus. Sie soll auch dann wirksam bleiben, wenn ich geschäftsunfähig werden sollte oder ein Betreuer für mich bestellt wird.  
Die Vollmacht ist jederzeit widerruflich und erlischt, wenn ich oder meine Erben sie widerrufen.
2. Die jeweils bevollmächtigte Person ist unter Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB befugt, Rechtsgeschäfte mit sich im eigenen Namen und als Vertreter Dritter vorzunehmen.  
Sie ist weiter berechtigt, die Vollmacht im Fall ihrer Verhinderung im Ganzen oder für einzelne zu bestimmende Rechtsgeschäfte auf eine dritte Person zu übertragen.
3. Der/Dem Hauptbevollmächtigten soll sofort eine Ausfertigung dieser Vollmacht erteilt werden. Weitere Ausfertigungen sollen nur auf schriftliche Anweisung von mir erteilt werden. Sollte ich hierzu nicht mehr in der Lage sein, kann der/die Hauptbevollmächtigte weitere Ausfertigungen erteilen, wenn eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird, die dies bestätigt.
4. Jede bevollmächtigte Person ist verpflichtet, mir gegenüber im Innenverhältnis von der Vollmacht nur Gebrauch zu machen, wenn ich zeitweise oder dauerhaft meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Sie verpflichtet sich überdies, die Vollmacht nur in meinem Interesse und zu meinem Wohl zu verwenden.
5. Bei einem Widerruf dieser Vollmacht gelten die gesetzlichen Bestimmungen. Insbesondere steht Ehegatten ein Notvertretungsrecht zu.

Datum: \_\_\_\_\_

Vollmachtnehmer: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift - Name in Druckbuchstaben)

Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift - Name in Druckbuchstaben)