



Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten



Verfügungen in Gesundheitsangelegenheiten

Patientenverfügung sowie Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege

Jeder Mensch kann in jeder Altersstufe aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalls, eines unvorhersehbaren Unglücksfalls in eine Lebenssituation geraten, in der es ihm nicht mehr möglich ist, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen.

Soweit dieser Mensch medizinischer Versorgung und ärztlicher Behandlung bedarf, darf diese grundsätzlich nicht ohne dessen Zustimmung erfolgen. Dies gilt sowohl für ärztliche Maßnahmen am Lebensende, als auch für solche, die im Verlauf einer schweren Erkrankung getroffen werden müssen, ohne dass der Patient an dieser Erkrankung sterben wird.

Durch eine **Patientenverfügung** können Anordnungen für Entscheidungen am Lebensende getroffen werden. Für den Fall einer unvorhersehbaren schweren Erkrankung oder eines Unfalls, die oder der die Geschäftsfähigkeit und die Äußerungsfähigkeit beeinträchtigen, kann eine Person ermächtigt werden (**Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege** – § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB), die die Angelegenheiten der hilfebedürftigen Person im Rahmen der Gesundheitspflege wahrnimmt, ohne dass hierfür ein Betreuer/eine Betreuerin durch das Vormundschaftsgericht bestellt werden muss. Voraussetzung ist, dass diese Person die Angelegenheit der/des Hilfebedürftigen ebenso gut wahrnehmen kann wie ein Betreuer/eine Betreuerin.

Beide Verfügungen dienen dazu, das Recht der/des Betroffenen zur Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit in kritischen Lebenssituationen und der letzten Lebensphase zu wahren.

Die von der Ärztekammer Nordrhein herausgegebenen Muster sollen eine Hilfestellung bei der Errichtung einer eigenen Patientenverfügung und/oder Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege bieten. Sie können unmittelbar verwendet oder abgeschrieben, verändert oder ergänzt werden. Letztlich sollen sie die individuellen Bedürfnisse und Vorstellungen der verfügenden Person zum Ausdruck bringen. Die Muster unterscheiden sich von den Mustern anderer Einrichtungen dadurch, dass sich die Patientenverfügung nur auf die **letzte** Lebensphase bezieht und die Vollmacht nur auf die **Gesundheitspflege** und keine anderen Angelegenheiten.

Nachträgliche Änderungen der Patientenverfügung und/oder der Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege können jederzeit vorgenommen werden. Nur die Originale entfalten Rechtswirksamkeit.

Beide Verfügungen können jederzeit widerrufen oder verändert werden.

Patientenverfügung

In der Patientenverfügung wird der Wille zur medizinischer Versorgung sowie ärztlichen Behandlung und Begleitung für den Lebenszustand niedergelegt, in dem das Lebensende bevorsteht und die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit der/des Betroffenen unwiederbringlich verloren ist. Die Patientenverfügung kommt später nur dann zur Anwendung, wenn das medizinische Grundleiden einen unaufhaltsamen tödlichen Verlauf genommen und der Sterbeprozess begonnen hat.

Die Patientenverfügung wird zu einem Zeitpunkt verfasst in dem die/der Verfügende noch im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist.

Der Inhalt einer solchen Verfügung ist für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte rechtlich verbindlich, wenn durch sie der Wille der Patientin/des Patienten eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Hilfreich ist die Benennung einer Vertrauensperson, mit der man die Patientenverfügung besprochen hat.

Damit die Patientenverfügung im Ernstfall auch Bestand hat, sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Die Patientenverfügung beschreibt den individuellen Willen der/des Verfügenden. Da der verfügenden Person regelmäßig jedoch medizinische Fachkenntnisse für die Beschreibung eines bestimmten Krankheitszustandes fehlen, wird vor der Erstellung der Patientenverfügung ein ärztliches Beratungsgespräch empfohlen. In dem Gespräch könnten die medizinischen Aspekte geklärt und Krankheitsbilder beschrieben werden. Die eigenen Wünsche können so überprüft werden.
- Die Patientenverfügung sollte eindeutig formuliert sein. Möglicherweise kann der Arzt des Vertrauens/die Ärztin des Vertrauens bei der Beschreibung des Patientenwillens behilflich sein.
- Die Patientenverfügung muss schriftlich erstellt, mit Datum versehen und von der/dem Verfügenden unterschrieben werden.
- Die Unterschrift auf der Patientenverfügung sollte regelmäßig erneuert und mit Datum versehen werden um zu

dokumentieren, dass die Verfügung weiterhin dem aktuellen Willen entspricht.

Die Patientenverfügung kann nur Berücksichtigung finden, wenn sie den behandelnden Ärztinnen/Ärzten im Original vorgelegt wird.

Die Patientenverfügung muss im Ernstfall auffindbar sein. Es empfiehlt sich, beispielsweise bei der Hausärztin/dem Hausarzt eine Kopie der Verfügung zu hinterlegen, auf der vermerkt ist, bei wem sich die Originalurkunde befindet.

In der Patientenverfügung kann zudem eine Vertrauensperson benannt werden, mit der die Patientenverfügung und der darin erklärte Willen besprochen wurde. Die benannte Vertrauensperson sollte die Verfügung ebenfalls unterschreiben.

Die Verfügung soll den Hinweis enthalten, ob eine Vollmacht in Angelegenheiten der Gesundheitspflege verfasst wurde.

Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB)

Anders als die Patientenverfügung regelt die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege den Fall einer schweren Erkrankung oder eines schweren Unfalls, in deren Verlauf der/die Betroffene vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr in der Lage ist, einen eigenen Willen zu bilden und diesen kund zu tun. In diesem Fall kann es erforderlich werden, dass eine dritte Person die für sie/ihn relevanten Entscheidungen in Angelegenheiten der Gesundheitspflege trifft.

Die/Der Bevollmächtigte ersetzt die Bestellung einer Beauftragten/eines Betreuers durch das Vormundschaftsgericht, wenn sie/er die Angelegenheiten der/des Betroffenen ebenso gut wie ein Betreuer oder eine Betreuerin wahrnehmen kann (§ 1896 Abs. 2 S. 2 BGB).

Fehlen Anordnungen für diesen Ernstfall, muss das Vormundschaftsgericht bemüht und eine Betreuerin/ein Betreuer bestellt werden.

Die bevollmächtigte Person kann in dem in der Vollmacht vorgegebenen Rahmen handeln.

Die Einwilligung einer Bevollmächtigten/eines Bevollmächtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Behandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf allerdings der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn eine begründete Gefahr besteht, dass die/der Betroffene stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Wichtig ist, dass die Vollmacht das Recht für diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst.

Damit die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege den gesetzlichen Anforderungen genügt, sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Die Vollmacht soll nur als Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege ausgestellt werden und nicht gleichzeitig für andere Angelegenheiten z.B. Vermögenspflege.
- Die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege soll die Rechte, die für medizinische Entscheidungen der/dem Bevollmächtigten eingeräumt werden, genau bezeichnen.
- Aus der Vollmacht sollte hervorgehen, unter welchen Umständen sie zum Tragen kommt.
- Die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege muss die/den Bevollmächtigten genau benennen. Die Einsetzung einer/eines Ersatzbevollmächtigten ist sinnvoll.
- Der/Dem Bevollmächtigten/Ersatzbevollmächtigten muss die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege bekannt gegeben werden. Sie/Er sollte durch Unterschrift ihr/sein Einverständnis mit der Bevollmächtigung bestätigen und sich des Inhalts der Vollmacht bewusst sein.
- Die Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitspflege muss schriftlich erstellt, mit Datum versehen und von der/dem Verfügenden unterschrieben werden.
- Durch die regelmäßige Erneuerung der Unterschrift auf der Urkunde sollte dokumentiert werden, dass diese weiterhin dem aktuellen Willen entspricht.
- Die/Der Bevollmächtigte kann nur im Namen der/des Betroffenen handeln, wenn er die Vollmachtsurkunde im Original vorlegt. Daher muss sie im Ernstfall auffindbar sein. Es empfiehlt sich, der/dem Bevollmächtigten zumindest eine Kopie der Vollmacht auszuhändigen, auf der vermerkt ist, wo sich die Originalurkunde befindet.

Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung bringe ich,

Name, Vorname

geboren am

in

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsname

Anschrift

meinen Willen zum Ausdruck. Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst. Sollte ich in einen Lebenszustand geraten, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, erkläre ich Folgendes:

Ich möchte in Würde sterben.

Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärztinnen/Fachärzten ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führen und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen der Intensivtherapie, die lediglich eine Sterbe- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

Falls ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktionen gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne so genannte 'Apparatemedizin' nicht mehr möglich ist, verzichte ich auf eine weitere Intensivtherapie oder Reanimation.

Sollten meine geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationstähiges Leben möglich ist, lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen – abgesehen von ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr – mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln aufrecht erhalten werden.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

(Hier können konkrete Krankheitssituationen oder Anwendungssituationen beschrieben und Behandlungswünsche geäußert bzw. bestimmte Behandlungsmaßnahmen abgelehnt werden)

Beschreibung der persönlichen Lebenssituation (z.B. allein stehend)

Ich bitte die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte, mein Recht auf einen würdevollen Tod zu achten. Die ärztliche Hilfe und Behandlung in Form von ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung lehne ich nicht ab. Ich setze mein Vertrauen in die Ärztin/den Arzt und in die von ihr/ihm anzuordnende Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Patientenverfügung

Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt soll bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die nachfolgend genannte Vertrauensperson zur Bestätigung dieser Verfügung oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens bei unklaren Situationen hinzuziehen.

(Kann, muss aber nicht ausgefüllt werden.)

Name, Vorname der Vertrauensperson

Anschrift

Telefon

Mobil

Ort, Datum

Unterschrift der Vertrauensperson

Ich habe zusätzlich eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheits-sorge erteilt.

ja

nein

Wenn ja, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter ist:

Name, Vorname der Vertrauensperson

Anschrift

Telefon

Mobil

Ich wünsche eine Begleitung durch

Seelsorge

Hospizdienst

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ich habe diese Verfügung – ihren Inhalt und ihre Konsequenzen – mit meinem Hausarzt/meiner Hausärztin bzw. meinem Arzt /meiner Ärztin des Vertrauens besprochen.

Name der Ärztin/des Arztes

Anschrift

Telefon

Mobil

Ort, Datum

Unterschrift

Kopie dieser Patientenverfügung haben:

1)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Mobil

2)

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Mobil

(Für Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt.)

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge

(gemäß § 1906 Abs. 2 S. 2 BGB)

Ich (Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber),

Name, Vorname

Anschrift

geboren am

in

erteile

Name, Vorname (Bevollmächtigte/Bevollmächtigter)

Anschrift

geboren am

in

Telefon

Mobil

die Vollmacht, mich in

allen Angelegenheiten, die meine Gesundheit und meine Pflege betreffen,

nur in besonderen Angelegenheiten (bitte einfügen, in welchen Fällen):

zu vertreten.

Frau/Herr _____ darf in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheitsorge betreffen, einschließlich der ambulanten und/oder stationären Pflege entscheiden, soweit ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder meines Geisteszustandes nicht oder nicht mehr in der Lage bin, mich bzgl. der medizinischen und pflegerischen Versorgung selbst zu äußern oder eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Voraussetzung ist die andauernde oder vorübergehende Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten.

Die/Der Bevollmächtigte darf insbesondere in sämtliche medizinische und pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsorge einwilligen.

ja nein

nur in besonderen Angelegenheiten (bitte einfügen, in welchen Fällen):

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

ja nein

Die Bevollmächtigte/Der Bevollmächtigte darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff auch dann einwilligen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

(Zur Information: Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.)

ja nein

noch nicht

Sie/Er darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung gemäß § 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dies meinem Wohl dient.

ja nein

Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge

(gemäß § 1896 Abs. 2 S. 2 BGB)

Die/Der Bevollmächtigte darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

ja nein

Sofern ich zusätzlich eine Patientenverfügung erstellt habe, hat die/der Bevollmächtigte diese zu beachten. Sie ist für die/den Bevollmächtigte/Bevollmächtigten verbindlich.

ja nein

Sie/Er darf Krankentunterlagen einsehen.

ja nein

Die/Der Bevollmächtigte darf mich gegenüber den Trägern der Leistungen der Krankenkassen und der Pflegeversicherung vertreten. Im Rahmen der Beantragung von Pflegeleistungen darf auch ein Zielkonto für Leistungen angegeben werden.

Ersatzbevollmächtigte/r

Falls die/der genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein sollte, vorgenannte Aufgabe/n zu übernehmen, so benenne ich folgende Ersatzperson zu meiner Ersatzbevollmächtigten/meinem Ersatzbevollmächtigten:

Name, Vorname (Ersatzbevollmächtigte/Ersatzbevollmächtigter)

geboren am _____ in _____

Anschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Die Ersatzbevollmächtigung erstreckt sich auf die Dauer der Verhinderung der/des Bevollmächtigten.

Mit der Unterschrift bestätigen die zuvor benannten Bevollmächtigten, dass Sie mit der Bevollmächtigung einverstanden sind. Sie sichern zu, sich dafür einzusetzen, meine Wünsche und Wertvorstellungen zu vermitteln.

Ort, Datum Unterschrift Bevollmächtigte/r

Ort, Datum Unterschrift Ersatzbevollmächtigte/r

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, dann die/den oben bezeichnete/n Bevollmächtigte/n als Betreuerin/Betreuer zu bestellen, ersatzweise die/den Ersatzbevollmächtigte/n.

(Für die Bestätigung der Vollmacht zu einem späteren Zeitpunkt)
Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift

Dr. med. J. Hußmann - Norbert Rommen - Fachärzte für Allgemeinmedizin
47533 Kleve-Kellen Emmericher Str. 181 Tel.: 02821-9060 / 9069 Fax: 02821-92780

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

die Ärzte und Mitarbeiter/innen des Hausarztzentrum Kellen gegenüber

(Name, Vorname des Angehörigen)

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Unter der Voraussetzung, dass es mir selbst zeitlich oder gesundheitlich nicht möglich ist, erlaube ich den Ärzten, an meinen oben genannten Angehörigen Auskunft über Untersuchungsergebnisse oder meinen Gesundheitszustand zu erteilen. Diese Schweigepflichtentbindung kann ich jederzeit widerrufen.

Kleve, den _____

(Unterschrift)

V O L L M A C H T

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Adresse _____

Telefon, Telefax _____

erteile hiermit Vollmacht an

(bevollmächtigte Person)

Name, Vorname

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Adresse _____

Telefon, Telefax _____

Diese Vertrauensperson wird 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. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. JA NEIN

- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). JA NEIN

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. JA NEIN

- Sie 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 in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. JA NEIN

- _____ JA NEIN

- _____ JA NEIN

- _____ JA NEIN

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. JA NEIN

- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. JA NEIN

- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen. JA NEIN

- _____ JA NEIN

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. JA NEIN

- _____ JA NEIN

- _____ JA NEIN

Muster-Vollmacht - Bundesministerium der Justiz

4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich JA NEIN
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen JA NEIN
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen JA NEIN
- Verbindlichkeiten eingehen JA NEIN
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis) JA NEIN
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. JA NEIN
- _____

■ Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können

■ _____

■ _____

Hinweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen (Muster im Anhang). Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden. Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!

5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. JA NEIN

6. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. JA NEIN

7. Untervollmacht

■ Sie darf Untervollmacht erteilen.

JA NEIN

8. Betreuungsverfügung

■ Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

JA NEIN

9. Geltung über den Tod hinaus

■ Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

JA NEIN

10. Weitere Regelungen

■

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, folgendes fest:

■ Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin soll bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

■ Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

■ Auf keinen Fall soll zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax

■ Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer/die Betreuerin habe ich folgende Wünsche:

1.

3.

2.

4.