

VORSORGEVOLLMACHT

Da ich, _____ geb. am _____

wohnhaft in _____

im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit medizinisch notwendige Maßnahmen nicht mehr beurteilen kann sowie meine Wünsche nicht mehr artikulieren kann,

- bitte ich die mich behandelnden Ärzte, das medizinisch Notwendige zu tun
- erteile ich folgenden Personen eine Vorsorgevollmacht:

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____ Mobil _____

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____ Mobil _____

Diese Personen werden von mir bevollmächtigt, an meiner statt alle medizinisch notwendigen Maßnahmen mit den behandelnden Ärzten zu besprechen und sich um die bestmögliche sinnvolle Lösung zu bemühen, im Sinne meines Wohls und meines Lebens.

Sie sind ermächtigt, in Maßnahmen einzuwilligen oder diese zu verweigern. Einzelne Maßnahmen kann ich nicht benennen, da ich sie nicht im Voraus kennen kann. Den Bevollmächtigten gegenüber entbinde ich die Ärzte von der Schweigepflicht.

Diese Vollmacht umfasst ausdrücklich und bewusst alle diejenigen Maßnahmen, die in § 1904 Abs. 1-5 genannt sind; ich kann die notwendigen Maßnahmen im Einzelnen nicht nennen und aufführen, da sie mir unbekannt sind. Sie umfasst beispielsweise Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge, Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheits-

zustandes, Heilbehandlungen sowie indizierte ärztliche Eingriffe, auch wenn diese mit Gefahren verbunden sein können oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Sie umfasst auch sogenannte „gefährliche ärztliche Maßnahmen“ sowie sogenannte „lebenserhaltende Maßnahmen“. Sie umfasst meine Unterbringung in einem Heim (Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung, § 1906 Abs. 1 BGB), einschließlich notwendiger Verträge, sowie freiheitsentziehende Maßnahmen wie beispielsweise Bettgitter und Medikamente (§ 1906, Abs. 4 BGB).

Für die Einwilligung in notwendige Maßnahmen verzichte ich ausdrücklich auf Aufklärung, da diese bei Unkenntnis der zukünftigen Maßnahmen prinzipiell unmöglich ist.

Falls es notwendig sein sollte, möchte ich, dass das Gericht im Sinne einer Betreuungsverfügung die oben genannten Personen zu meinen Betreuern bestellt.

Zur Organspende:

- Ich wünsche keine Hirntod-Diagnostik, bzw. ich verweigere hierzu meine Zustimmung. Einer Organentnahme stimme ich nicht zu.
- Wissend, dass der sogenannte ‚Hirntod‘ nicht der Tod des Menschen ist, stimme ich der „Hirntod-Diagnostik“ zu und bin bereit, als Sterbender fremdnützig weiter behandelt zu werden bis zur Organentnahme, der ich zustimme. Diese muss aber unter Vollnarkose erfolgen.

Der/die Bevollmächtigten bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass ich zum Zeitpunkt der Erteilung der Vorsorgevollmacht geschäftsfähig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin.

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____

Unterschrift des 1. Vollmachtnehmers _____

Unterschrift des 2. Vollmachtnehmers _____