

# Vorsorgevollmacht

## für gesundheitliche Angelegenheiten

VON

Name, Vorname: ..... (Vollmachtgeber/in)

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Straße: ..... PLZ/Wohnort: .....

Telefon/Telefax/e-mail: .....

### Ohne Zwang und aus freiem Willen bevollmächtige ich

Name, Vorname: ..... (Bevollmächtigte/r)

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Straße: ..... PLZ/Wohnort: .....

Telefon/Telefax/e-mail: .....

soweit gesetzlich zulässig, mich in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege, Aufenthaltsbestimmung und Unterbringung in jeder denkbaren Richtung zu vertreten.

Durch diese Vollmachterteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung gem. § 1896 Abs. 2 BGB vermieden werden. Die Vollmacht erlischt daher nicht, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte. Sollte das Gericht dennoch für einzelne Aufgabenkreise eine Betreuung anordnen, so möchte ich, dass hierfür die benannte vertretungsbefugte Person bestimmt wird.

Die Vollmacht gilt nach außen uneingeschränkt. Sie ist nur wirksam, wenn die bevollmächtigte Vertrauensperson bei jeder der Vertreterhandlungen die Vollmachtsurkunde im Original vorlegen kann.

### Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit/Selbstbestimmungsrecht

Im Bereich der gesundheitlichen Pflege und des Selbstbestimmungsrechts darf die von mir bevollmächtigte Person insbesondere Folgendes:

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege ebenso entscheiden wie über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
- Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Gegebenenfalls muss hierfür gem. § 1904 Abs. 2 BGB die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eingeholt werden.
- Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- Sie darf bereits erteilte Einwilligungen zurücknehmen oder Einwilligungen verweigern.
- Sie darf alle Auskünfte und Informationen verlangen und Krankenunterlagen einsehen sowie deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Die behandelnden Ärzte/Ärztinnen, das nichtärztliche Personal und die behandelnde/pflegende Einrichtung entbinde ich hierzu von der Schweigepflicht gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson.

**Aufenthaltsbestimmung und Unterbringung**

- Sie darf über meinen Aufenthalt bestimmen, über das Verbleiben zu Hause, die Aufnahme in ein Krankenhaus oder in eine Pflegeeinrichtung.
- Sie darf die Einwilligung in eine für mich zwingend erforderliche und mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung in einem Heim oder in einer anderen Einrichtung (§ 1906, Abs. 1 BGB) geben sowie die Einwilligung in unterbringungsähnliche, meine Bewegungsfreiheit einschränkende Maßnahmen, wie z.B. das Anbringen von mechanischen Vorrichtungen, Bauchgurten, Bettgittern und die Verabreichung von Medikamenten u.Ä. (§ 1906, Abs. 4 BGB), soweit und solange diese Maßnahmen zu meinem Wohle erforderlich sind. Sie bedarf hierzu der vorherigen Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht gem. § 1906 Abs. 2 BGB.
- Sie hat für die Beendigung der Maßnahmen zu sorgen, sobald die Voraussetzungen gem. § 1906 BGB hierfür entfallen sind.

**Weitere Regelungen**

- Die Vollmacht ist frei widerruflich.
- Die Vollmacht tritt mit meiner Unterschrift in Kraft.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der/des Bevollmächtigten