



Klinikum Bayreuth · Klinik Hohe Warte  
**KLINIKUM BAYREUTH GMBH**

Betriebsstätte Klinikum Bayreuth  
Med. Klinik 3  
CA Dr. med. Holger Lange  
Station 26  
Geriatrische Tagesklinik - Memory Clinic

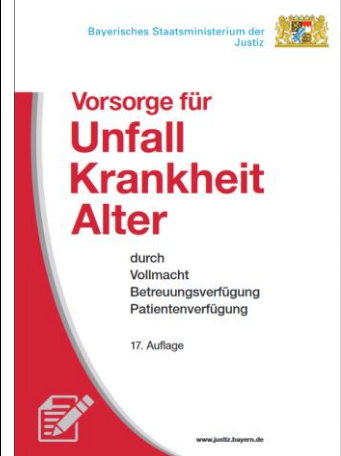
# Vollmacht Betreuungsvollmacht Patientenverfügung

Eine Kurzinformation für  
Patienten und Angehörige

Stand: Januar 2017

## Rechtliche Aspekte

Ein ausführlicher und empfehlenswerter Ratgeber „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ kann aus dem Internet heruntergeladen oder über den Buchhandel bezogen werden.

|   |   |
|---|---|
|  | <p>Download im Internet beispielsweise<br/><a href="http://www.ethikzentrum.de/downloads/bayernbroschuere.pdf">http://www.ethikzentrum.de/downloads/bayernbroschuere.pdf</a></p> <p>Bezug über den Buchhandel:<br/>ISBN-13: 978-3406717871<br/>(Verlag C. H. Beck).<br/>Preis: 5,50 €</p> |
|---|---|

Das wichtigste hier in Kürze:

*Vollmacht = Vorsorgevollmacht*

Ehegatten oder volljährige Kinder sind **nicht** automatisch berechtigt, ihren Angehörigen beim Arzt, Versicherungsanträgen oder sonstigen Angelegenheiten zu vertreten.

Ein Stellvertreter darf nur dann entscheiden, wenn er vom Gericht bestellt ist oder eine Vollmacht in Händen hält.

In der Vollmacht werden Personen benannt, die für einen Patienten entscheiden, falls dieser nicht mehr in der Lage ist, die Tragweite von Entscheidungen abzuschätzen oder diese Entscheidungen nicht mehr der Umwelt mitteilen kann. Rein rechtlich aber ist die Vollmacht gültig, sobald der Bevollmächtigte die unterschriebene Vollmacht **im Original** in Händen hält. Sie muss vom Patienten noch im geschäftsfähigen Zustand unterschrieben sein.

Entsprechend sollte eine Vorsorgevollmacht nur einer absoluten Vertrauensperson übergeben werden. Das Original der Vollmacht erhält der Bevollmächtigte.

Formulierungen wie „für den Fall, dass ich selbst krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage bin ...“ können mündlich vereinbart werden, haben aber in der Vollmacht nichts zu suchen. Sie würden bewirken, dass erst ein Gutachter darüber entscheiden muss, ob der beschriebene Fall nun auch tatsächlich eingetreten ist.

Ergänzende Hinweise:

- Die Formulare müssen neben Ort und Datumsangabe mit der vollständigen eigenhändigen Unterschrift versehen werden.
- Sie können ohne Hilfe von Rechtsanwalts, Notars oder Gericht abgefasst werden.
- Eine Registrierung ist nicht zwingend notwendig, ist aber über das Zentrale Vorsorgeregister in Berlin ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)) möglich.
- Vollmachten für Bankgeschäfte müssen zusätzlich und unabhängig von allgemeinen Vollmachten ausgestellt werden. Hierfür stellen die Banken i.d.R. eigene Formulare zur Verfügung.
- Eine Generalvollmacht genügt nicht als Ersatz für eine Vorsorgevollmacht
- Der Bevollmächtigte darf keine Geschäfte mit sich selbst machen, es sei denn dies wird in der Vollmacht ausdrücklich erlaubt.

### *Betreuungsverfügung*

Sofern nicht schon in der Generalvollmacht ein Hinweis gegeben wurde, wer im Falle der Notwendigkeit einer amtlichen Betreuung als Betreuer eingesetzt werden soll, kann dies in einer gesonderten Betreuungsverfügung ausführlich bestimmt werden. Das Amtsgericht ist bei der Auswahl des Betreuers an diese Verfügung gebunden.

### *Patientenverfügung*

Mit einer Patientenverfügung wird geregelt, wie der Verfügende am Lebensende medizinisch und pflegerisch behandelt werden will, falls er selbst nicht mehr in der Lage ist, den eigenen Willen bilden oder äußern zu können. Dies kann z.B. der Fall sein, wenn man nach einem Schlaganfall nicht mehr aus der Bewusstlosigkeit erwacht.

Die Patientenverfügung hilft Ärzten und Pflegern in konkreten Krankheitssituationen, den Patientenwunsch zu berücksichtigen und die weitere Behandlung entsprechend auszurichten. Ohne Patientenverfügung muss ein Arzt in einer Notsituation den Patienten in jedem Falle mit allen Mitteln versuchen am Leben zu erhalten oder den mutmaßlichen Willen des Patienten erforschen. Beides entspricht vielleicht nicht immer dem tatsächlichen Willen des Patienten.

Eine Patientenverfügung sollte möglichst genau und wohl überlegt ausgefüllt oder niedergeschrieben sein. Sobald die Wünsche des Patienten eindeutig und sicher festgestellt werden können, sind sie für den Arzt verbindlich.

Zu allgemein formulierte Verfügungen sind nicht hilfreich (z. B. „Ich lehne lebensverlängernde Maßnahmen ab!“), da sie viele Fragen offen lassen. So stellt z.B. auch eine Herzschrittmacherimplantation eine lebensverlängernde Maßnahme dar, mit der die meisten Patienten bestimmt einverstanden sind.

Wir raten dringend, sich zusätzliche Informationen zum Thema vor Ausstellung einer Patientenverfügung zu besorgen (z.B. die oben genannte Broschüre des bayerischen Justizministeriums). Vorteilhaft kann es sein, die Inhalte mit einem Arzt des Vertrauens zu besprechen.

# VOLLMACHT

Ich, ..... (Vollmachtgeber/in)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

**erteile hiermit Vollmacht an**

..... (bevollmächtigte Person)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert 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 werde.**

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

## 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, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs.1 BGB).\* Ja  Nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. \* Ja  Nein

\* : Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

- 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. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter und Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ja  Nein
  - Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB) einschließlich ärztlicher Zwangsmaßnahmen (§ 1906 Abs. 3 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
- \*: In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

• Ja  Nein

.....

**Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja  Nein
  - Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. Ja  Nein
  - Sie darf meinen Haushalt auflösen. Ja  Nein
  - Sie darf alle Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. Ja  Nein
  - Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja  Nein
  - Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja  Nein
  - Ja  Nein
- .....

**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. Ja  Nein
- Bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis zur Konto-/Depotvollmacht.**
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. Ja  Nein
  - Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können Ja  Nein

.....

.....

### Post- und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ - entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Ja  Nein

### Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderliche Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. Ja  Nein

### Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Ja  Nein

### Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. Ja  Nein

### Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. Ja  Nein

### Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt. Ja  Nein

### Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. Ja  Nein

### 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

## Weitere Regelungen

•

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(Ort, Datum)

.....  
*Unterschrift der Vollmachtgeberin /des Vollmachtgebers)*

.....  
(Ort, Datum)

.....  
*Unterschrift der Vollmachtnehmerin /des Vollmachtnehmers)*

## **Hinweis zur Konto-/Depotvollmacht**

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie **auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht** zurückgreifen. 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. Ihre Bank/Sparkasse ist gesetzlich verpflichtet, den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. Zur Erteilung der Konto-/Depotvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf. Für die Aufnahme von Darlehen ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich. Für Immobiliengeschäfte muss die Unterschrift unter der Vollmacht durch den Notar oder den Urkundsbeamten der Betreuungsbehörde beglaubigt sein.



# BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

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

Als **Person, die mich betreuen soll**, schlage ich vor:

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Auf **keinen Fall** zum Betreuer bestellt werden soll:

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Zur **Wahrnehmung meiner Angelegenheiten** durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt, die vom Betreuer zu beachten ist. Ja  Nein

2. ....

3. ....

.....  
Ort, Datum

.....  
*Unterschrift*

# PATIENTENVERFÜGUNG

**Für den Fall, dass ich,** .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,  
bestimme ich Folgendes:**

## 1. Situationen für die diese Verfügung gilt:

(Zutreffendes habe  
ich hier angekreuzt  
bzw. beigefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentliche Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustandes aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

• .....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

## 2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

**3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:**

- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden.
- Wiederbelebensmaßnahmen

**4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, möchte ich sterben und verlange:**

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Sonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene) und keine Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung)

**Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.**

- Ich wünsche eine Begleitung durch

durch

.....  
.....

.....  
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir bevollmächtigte Person/en besprochen Ja  Nein

- Werden für die Durchführung einer Organspende ärztliche Maßnahmen (z.B. eine kurzfristige künstliche Beatmung) erforderlich, die ich in meiner Patientenverfügung untersagt habe,

geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.

oder

gehen die Aussagen in meiner Patientenverfügung vor.

(Bitte nur eine der beiden Alternativen ankreuzen!)

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

.....  
Ort, Datum

.....  
*Unterschrift*

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

| Ort | Datum | <i>Unterschrift</i> |
|-----|-------|---------------------|
|     |       |                     |
|     |       |                     |
|     |       |                     |
|     |       |                     |
|     |       |                     |

**Arzt/Ärztin meines Vertrauens:**

.....  
Name

.....  
Adresse

.....  
Telefon

.....  
Telefax

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von\*

.....  
Name

.....  
Adresse

.....  
Ort, Datum

.....  
*Telefon*

.....  
*Unterschrift der / des  
Beratenden*

\* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** gemäß § 1901 b Abs. 2 BGB erforderlich sein, soll folgender/n Person(en) – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

Folgende Person(en) soll(en) **nicht** zu Rate gezogen werden:

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

.....  
Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail

