



Klinikum Bayreuth · Klinik Hohe Warte
KLINIKUM BAYREUTH GMBH

Betriebsstätte Klinikum Bayreuth
Med. Klinik 3
Station 26
Geriatrische Tagesklinik - Memory Clinic


Vollmacht Betreuungsvollmacht Patientenverfügung

Eine Kurzinformation für
Patienten und Angehörige

Stand: Juni 2013

Rechtliche Aspekte

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

<p><small>Bayerisches Staatsministerium der Justiz und für Verbraucherschutz</small></p>  <p>Vorsorge für UNFALL KRANKHEIT ALTER</p> <p>durch Vollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung</p>  <p><small>13. Auflage www.justiz.bayern.de</small></p>	<p>Download im Internet: http://www.verwaltung.bayern.de/egov-portlets/xview/Anlage/1928142/Vorsorge%20f%FCr%20Unfall,%20Krankheit%20und%20Alter.pdf</p> <p>oder über die Internetseiten des Klinikums Bayreuth – Geriatrie – Download http://www.klinikum-bayreuth.de/cms.php?hm_id=1&um_id=33&uum_id=619&priority=3</p> <p>Bezug über den Buchhandel: ISBN 978-3-406-64730-7 (Verlag C. H. Beck). Preis: 4,40 €</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 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.

Bitte beachten: Vollmachten für Bankgeschäfte müssen zusätzlich und unabhängig von allgemeinen Vollmachten ausgestellt werden. Hierfür stellen die Banken i.d.R. eigene Formulare zur Verfügung.

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. 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 angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachterteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.

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 diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs.1 BGB).* Ja Nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.** 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

* / **: 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 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

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 Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja Nein
- Sie darf einen 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
 - 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.**
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. Ja Nein
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können Ja Nein
-

*: In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2 und 5 BGB).

Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Service „eigenhändig“ - entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Ja Nein

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Ja Nein
- (Aus: „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-64730-7).

BETREUUNGSVERFÜGUNG

(Version 2012)

Ich,
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

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

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:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

oder, falls diese nicht zum Betreuer bestellt werden kann:

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

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

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

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. Diese soll der Betreuer beachten
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. unten 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 aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, 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 beschrieben 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 beschrieben und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen 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)
 - durch Seelsorge
 - durch Hospizdienst
- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen. Ja Nein

Bevollmächtigte(r)

(Name)	
(Anschrift)	
(Telefon)	(Telefax)

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja Nein

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. 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.

..... (Ort, Datum) (Unterschrift)

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. 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	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefon

.....
Telefax

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

.....
Name

.....
Anschrift

.....
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:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

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

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Wohnort:

(Aus: „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“, Verlag C.H. Beck, ISBN 978-3-406-64730-7).

MEINE WERTVORSTELLUNGEN

– Ergänzende Erläuterungen zu meiner Patientenverfügung –

A large rectangular box with a solid black border and horizontal dotted lines inside, intended for writing. The box is empty and occupies most of the page below the header.