

Vollmacht

von

Hiermit bevollmächtige ich

mich in allen meinen Angelegenheiten, in allen Vermögensangelegenheiten und allen persönlichen Angelegenheiten, auch soweit sie meine Gesundheit betreffen, in jeder Hinsicht zu vertreten, um dadurch eine rechtliche Betreuung zu erübrigen.

I. Vermögensangelegenheiten

Die Vollmacht umfasst insbesondere:

- Die Verfügung über alle meine Vermögensangelegenheiten, das Recht über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen, die Einziehung von Forderungen und die Entgegennahmen von Zahlungen, Leistungen, Geld, Wertpapiere und Schriftstücke.
- Über meine vorhandenen Konten und Schließfächer bei Banken zu verfügen, neue Konten und Schließfächer zu eröffnen, zu unterhalten und zu schließen, Geldbeträge einzuzahlen und abzuheben, Wertpapiere und Wertsachen zu hinterlegen und zu entnehmen.

Die Vollmacht beinhaltet auch:

- Verträge aller Art in meinem Namen abzuschließen oder aufzulösen, Vergleiche einzugehen, Verzichte zu erklären und Nachlässe zu bewilligen,
- mich als Erben, Pflichtteilsberechtigten, Vermächtnisnehmer, Beschenkten oder Schenker, namentlich auch bei Vermögens- und Gemeinschaftsaueinandersetzungen jeder Art, zu vertreten und auch Ausschlagungserklärungen für mich abzugeben.
- alle meine Versorgungs-, Renten-, Steuer- und sonstigen Behörden- und Sozialhilfeangelegenheiten zu regeln bzw. die entsprechenden Leistungen für mich zu beantragen,
- geschäftsähnliche Handlungen für mich vorzunehmen (z.B. Mahnungen, Fristsetzungen, Mitteilungen),
- die Vertretung bei allen Anträgen und Verfahrenshandlungen gegenüber Sparkassen, Banken, Versicherungen, Kranken- und Pflegekassen, Behörden (auch Pass-, Ausweisangelegenheiten und Meldeangelegenheiten), Ämtern, Telekommunikationsgesellschaften, der Deutschen Post AG;
- Prozesse für mich als Kläger oder Beklagten zu führen und hierbei die Rechte eines Prozessbevollmächtigten im gesetzlich zulässigen Umfang auszuüben, mich in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Verfahren als Gläubiger oder Schuldner, Kläger oder Beklagten oder in jeder sonst in Frage kommenden Eigenschaft ohne jede Einschränkung zu vertreten;

- zur Belastung (einschließlich der Bestellung von Sicherungshypotheken auch für den Sozialhilfeträger).
- Meinen Haushalt aufzulösen und über das Inventar zu verfügen.

Diese Aufzählung ist exemplarisch und nicht abschließend zu verstehen.

Die Vollmacht umfasst ausdrücklich auch:

- **Die Aufenthaltsbestimmung**, vor allem bei der Entscheidung über meine Unterbringung in einem Pflegeheim oder Hospiz, in einer geschlossenen Anstalt, die Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung;
- den Abschluss und die Kündigung von Vereinbarungen mit Pflegediensten, Kliniken, Alters- und Pflegeheimen,
- die Berechtigung meine **Post** entgegenzunehmen, anzuhalten und zu öffnen sowie die Fernmeldeeinrichtung um- und abzumelden.

Die Vollmacht umfasst insbesondere auch:

- Alle Handlungen, die mit meinem Ableben erforderlich werden, die Entscheidung über die Form meiner Bestattung und die Entgegennahme von Sterbegeldern und ihre Quittierung, sowie die Inbesitznahme und Verwaltung meines Nachlasses bis zur amtlichen Feststellung der Erben.

II. Gesundheits- und Behandlungsvorsorge

- Mein Bevollmächtigter darf in meinem Namen in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen. Wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterben oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden kann, muss dazu die vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichtes nach § 1904 BGB eingeholt werden. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.
- Der Bevollmächtigte kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben, insbesondere für die Phase einer Erkrankung, in der der Verlauf nicht mehr umkehrbar ist und trotz medizinischer Behandlung irreversibel und tödlich verläuft; er ist von mir ermächtigt, keine lebenserhaltende und –verlängernde Maßnahmen mehr zuzulassen. Er genießt mein volles Vertrauen und tritt in allen Angelegenheiten in meine Rechte gegenüber Ärzten, Kliniken, Hospizen etc. ein. Er kann Entscheidungen über Untersuchungen, Heilbehandlungen, ärztliche Eingriffe und Pflegehandlungen, einschließlich einer Sterbebegleitung treffen. Er kann von den behandelnden Ärzten und nichtärztliches Personal der Klinik etc. alle nötigen Auskünfte und Informationen verlangen, Krankenunterlagen einsehen und auch deren Herausgabe an Dritte bewilligen; ich entbinde die Betroffenen hierzu von ihrer Schweigepflicht.

III. Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen

Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung für mich selbst zur Gefahr werden, so umfasst die Bevollmächtigung auch

- die Einwilligung in eine für mich aus ärztlicher Sicht zwingende erforderliche und mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung in einem Heim oder in einer anderen Einrichtung (§1906, Abs. 1 BGB) sowie
- die Einwilligung in unterbringungsähnliche, meine Bewegungsfreiheit einschränkende Maßnahmen für mich , wie z.B. das Anbringen von mechanischen Vorrichtungen, wie Bauchgurten, Bettgittern und die Verabreichung von Medikamenten (§ 1906, Abs. 4 BGB).

Der Bevollmächtigte darf über eine ärztliche Zwangsmaßnahme gem. § 1906 Abs. 3 BGB entscheiden. Er hat zu den vorgenannten Maßnahmen/Einwilligungen die Genehmigung des Betreuungsgerichtes einzuholen. Der Bevollmächtigte hat für die Beendigung der Maßnahmen zu sorgen, sobald die Voraussetzungen hierzu entfallen sind.

IV. Wirksamkeit der Vollmacht

Die Vollmacht wird mit meiner Unterzeichnung wirksam. Sie gilt nach außen uneingeschränkt.

- Im Innenverhältnis ist der Bevollmächtigte angewiesen, die Vollmacht nur nach meiner ausdrücklichen vorherigen Weisung zu gebrauchen.
- Die Vollmacht ist nur dann wirksam, wenn der Bevollmächtigte die Originalvollmacht bei jeder der Vertreterhandlungen in seinem unmittelbaren Besitz hat.
- Sollte ich geschäftsunfähig werden, so erlischt diese Vollmacht nicht.
- Sollte trotz dieser Vollmachtserteilung eine gesetzliche Vertretung im Rahmen einer rechtlichen Betreuung erforderlich werden, entspricht es meinem Wunsche, dass die oben bezeichnete Vertrauensperson zum Betreuer bestellt wird.
- Diese Vollmacht soll über den Tod hinaus Geltung haben.
- Sollte die vorgenannte bevollmächtigte Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein oder sie im konkreten Falle nicht ausüben wollen oder können, bevollmächtige ich an deren Stelle ersatzweise und im gleichen Umfange
- Die Vollmacht kann durch den Vollmachtgeber selbst jederzeit mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Korschenbroich, den

Unterschrift

Die Unterschrift auf einer Vorsorgevollmacht kann von der Betreuungsbehörde öffentlich beglaubigt werden.



Erwin Beeg
 Dipl.-Sozialarbeiter/Behördenbetreuer
 Leiter der Betreuungsstelle

Rhein-Kreis Neuss
 Am Kirmsichhof 2
 41352 Korschenbroich
 www.rhein-kreis-neuss.de
 E-Mail: erwin.beeg@rhein-kreis-neuss.de

Fon: 02161 6104-5150
 Fax: 02161 6104-5198

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 kommunikationsfähiges 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.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

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

BETREUUNGSVERFÜGUNG

Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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, E-Mail

■ 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, E-Mail

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

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

1.

3.

2.

4.

Ort, Datum

Unterschrift