
Vor- und Nachname

Strasse, Hausnummer

PLZ, Ort

Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich, _____, geboren am _____

Herrn/Frau _____, geboren am _____ in _____,

wohnhaft: _____, _____, Telefon _____

Vollmacht

mich in allen Angelegenheiten vollen Umfanges zu vertreten, in denen eine Vertretung rechtlich zulässig ist.

Der/Die Bevollmächtigte darf Untervollmachten erteilen und widerrufen.
Diese Vollmacht soll durch meinen Tod nicht erlöschen.

Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf alle Angelegenheiten der Personensorge, insbesondere der Gesundheitssorge.

Der/Die Bevollmächtigte darf für mich auch in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen.

Dies gilt auch für besonders risikoreiche Eingriffe, bei denen die Gefahr besteht, dass ich dadurch sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 BGB).
Hierzu entbinde ich alle Ärzte und Pflegepersonen gegenüber dem/der Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht.

Er/Sie ist ebenfalls berechtigt, meinen Aufenthalt zu bestimmen, insbesondere auch über eine notwendig werdende Einweisung bzw. dauernde oder zeitweise Unterbringung in einem Krankenhaus oder in einem Pflegeheim mit Freiheitsentziehung, zu entscheiden, und die Einwilligung in notwendige unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie z.B. das Anbringen von Bettgittern bzw. Bauchgurten oder die medikamentöse Ruhigstellung, zu erteilen (§ 1906 BGB).

Mir ist bewusst, dass diese Vollmacht umfassend und generell ist.
Ich kann dem/der Bevollmächtigten jedoch jederzeit im Innenverhältnis konkrete Weisungen erteilen.

Ich weise den/die Bevollmächtigte darauf hin, dass:

- Er/Sie verpflichtet ist, meine gesonderten Weisungen zum Gebrauch dieser Vollmacht zu beachten; ich diese Vollmacht jederzeit frei widerrufen kann; er/sie mir bei einem Widerruf diese Vollmacht persönlich aushändigen muss,
- Er/Sie ab dem 01.01.1999 für die Einwilligungen in Maßnahmen, die in den §§1904 und 1906 BGB geregelt sind, die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes benötigt,
- mein in einer gesonderten Patientenverfügung geäußerter Wille konsequent beachtet wird.

Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

Ich/Wir bestätige(n), dass Herr/Frau _____
diese Vollmacht im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte unterschrieben hat.

Name, Geburtsdatum: _____

Datum, Unterschrift des 1. Zeugen: _____

Name, Geburtsdatum: _____

Datum, Unterschrift des 2. Zeugen: _____

Name, Geburtsdatum: _____

Datum, Unterschrift des 3. Zeugen: _____