

VORSORGEVOLLMACHT

Für den Fall dass ich,

Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____,

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich unter dem Vorbehalt des Widerrufs folgendes:

- ◆ Mein in der gesonderten Patientenverfügung geäußerter Wille muss konsequent beachtet werden. Aus diesem Grund erteile ich den unten genannten Vertrauenspersonen Vollmacht, meinen Willen im Sinne meiner Patientenverfügung umzusetzen und die Einhaltung zu überwachen.
- ◆ Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können (fehlende Geschäftsfähigkeit) oder in meiner Einsichtsfähigkeit derart beeinträchtigt sein, dass ich nicht mehr imstande bin, mein Selbstbestimmungsrecht in Gesundheitsangelegenheiten wirksam auszuüben (mangelnde Einwilligungsfähigkeit), so bevollmächtige ich gem. §§ 1896 Abs. 2, Satz 2, 185, 164 ff. BGB mit sofortiger Wirkung folgende Personen, mich in allen Gesundheitsangelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen an meiner Stelle, ohne Einschaltung des Vormundschaftsgerichts, zu treffen und diese auszuführen:
Herr / Frau

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

- ◆ Sollte die vorbezeichnete Personen an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, oder sich weigern, eine derartige Verantwortung zu übernehmen, so bestimme ich an dessen Stelle zum Ersatzbevollmächtigten:
Herr / Frau

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

- ◆ Über den in der Patientenverfügung geäußerten Willen hinaus, der jegliche Zustimmung und Ablehnung von ärztlichen Maßnahmen umfasst, dürfen der oder die Bevollmächtigte(n) folgende Entscheidungen für mich treffen:
 - ◆ die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt oder die Aufnahme in ein Krankenhaus;
 - ◆ die Entscheidung über freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie z.B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mit Gurten oder andern mechanischen Vorrichtungen sowie die Verabreichung von betäubenden Medikamenten;
 - ◆ die Entscheidung über die Verordnung von Medikamenten, die erhebliche Nebenwirkungen und gesundheitliche Folgen haben oder haben können;
 - ◆ die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die behandelnden Ärzte mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene medizinische Betreuung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst.

- ◆ Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, den bzw. die Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Die Bevollmächtigten dürfen die Krankenunterlagen einsehen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- ◆ Die Feststellung, dass ich wegen Krankheit oder aufgrund meiner körperlichen und geistigen Verfassung nicht in der Lage bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.
- ◆ Die Vollmacht darf nicht durch eine Untervollmacht auf andere übertragen werden.
- ◆ Ich behalte mir ausdrücklich vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen. In diesem Fall sind der/die Bevollmächtigte(n) verpflichtet, mir diese Vollmacht unverzüglich herauszugeben. Sollte ich aufgrund meines Zustandes außerstande sein, diese Vollmacht zu widerrufen und besteht konkreter Anlass zu der Annahme, dass diese Vollmacht missbraucht wird, so soll ein Vollmachtstreter gem. § 1896 BGB vom Amtsgericht eingesetzt werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Die vorstehende Erklärung ist in meinem Beisein von dem Vollmachtgeber unterschrieben worden. Ich habe mich davon überzeugt, dass die Erklärung dem Willen des Vollmachtgebers entspricht.

Dr. med. Lars Paschen

Diese Vorsorgevollmacht entspricht noch immer meinem Willen, den ich mit meiner erneuten Unterschrift bekräftige.

Ort, Datum, Unterschrift