

Formulare

aus dem

Vorsorge-Handbuch

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Vereinbarung im Innenverhältnis

Digitaler Nachlass

Betreuungsverfügung

Wichtiger Hinweis

Mit diesen Formularen treffen Sie sehr weitreichende Entscheidungen für sich und andere Menschen. Wir raten Ihnen daher dringend, dazu die **Erläuterungen** im **Vorsorge-Handbuch** zu lesen. Dort finden Sie auch Hilfen zum Ausfüllen, die Sie Schritt für Schritt durch die Formulare führen. Außerdem im **Vorsorge-Handbuch**: Mustertexte für verschiedene Testamente mit ausführlichen Erläuterungen.

Das **Vorsorge-Handbuch** erhalten Sie im Buchhandel, in den Beratungsstellen und im Shop der Verbraucherzentrale: www.ratgeber-verbraucherzentrale.de

verbraucherzentrale



Fragen zu Ihren persönlichen Vorstellungen

1 Medizinische Behandlung

Möchten Sie auf jeden Fall von Ihrem Arzt und Ihren Angehörigen über die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit und die realistische noch verbleibende Zeit aufgeklärt werden?



In welchen Fällen entbinden Sie Ärzte von ihrer Schweigepflicht?

Welche Personen sollen von den Ärzten über Ihren Gesundheitszustand informiert werden?



In welchen Situationen wünschen Sie auf jeden Fall den Einsatz aller vorhandenen Möglichkeiten der klassischen Medizin?

Welche Nebenwirkungen oder Spätfolgen einer Behandlung würden Sie akzeptieren, welche nicht??

Wann würden Sie einer Behandlung zustimmen, die unter Umständen Ihren Tod zur Folge haben könnte?

Wann würden Sie einer Behandlung mit einem Medikament zustimmen, das erst in der Testphase ist und noch nicht zugelassen wurde?

Bei welchen Leiden können Sie sich den Einsatz der sogenannten Alternativmedizin vorstellen?
Wann könnte die Alternativmedizin für Sie auch ein Ersatz für klassische Behandlungsmethoden sein?

Würden Sie dem Einsatz hochdosierter Schmerzmittel zustimmen, auch wenn das eventuell zu Bewusstseinstrübungen oder zu einem früheren Tod führt?

Gibt es Situationen, in denen Sie sich vorstellen könnten, dass auf weitere Behandlungsmaßnahmen zur Verbesserung Ihres Gesundheitszustands verzichtet wird? Welche sind das konkret?

Welche Behandlung wünschen Sie, wenn Sie längere Zeit bewusstlos sind, unter starken Schmerzen leiden, sich im Endstadium einer unheilbaren, tödlichen Erkrankung befinden oder wenn Sie geistig so verwirrt sind, dass Sie nicht mehr wissen, wer Sie sind, wo Sie sich befinden, und Familie und Freunde nicht mehr erkennen?

2 Lebensverlängernde Maßnahmen

Gibt es Situationen, in denen Sie sich vorstellen könnten, dass auf weitere lebenserhaltende Maßnahmen wie künstliche Beatmung oder Ernährung mit einer Magensonde verzichtet wird? Welche Situationen sind das konkret?

Können Sie sich vorstellen, dass man Ihr Sterben bewusst beschleunigt, indem man Ihnen Nahrung und Flüssigkeit entzieht? In welchen Situationen wäre das für Sie denkbar? Welche Nebenbedingungen müssten erfüllt sein (zum Beispiel Bekämpfung von Schmerz, Unterdrückung von Hunger- und Durstgefühl, Vermeidung von Angstzuständen)?

Unter welchen Umständen wäre es für Sie akzeptabel, zum Beispiel durch Beruhigungsmittel, Bettgitter oder Gurte daran gehindert zu werden, sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen?

3 Pflegebedürftigkeit/Einzug ins Pflegeheim

Wer soll Sie pflegen, falls Sie pflegebedürftig werden?

Wo möchten Sie leben, falls klar ist, dass Sie für lange Zeit Pflege brauchen?

Wann wäre für Sie der Zeitpunkt gekommen, in ein Heim umzuziehen?

Gibt es ein bestimmtes Heim, in das Sie bevorzugt einziehen möchten?
Was wäre Ihnen bei der Auswahl eines Heims besonders wichtig?





Was soll mit Ihrer Wohnung/Ihrem Haus geschehen, wenn Sie dort nicht mehr leben können?
Was ist mit Ihren Möbeln und sonstigem Eigentum?



4 Vorstellungen vom Sterben

Welche Dinge würden Sie kurz vor Ihrem Tod gern geregelt wissen?

Wo möchten Sie Ihre letzten Tage/Stunden gern verbringen?

Wen möchten Sie in Ihren letzten Tagen/Stunden gerne bei sich haben?



Wünschen Sie kirchlichen Beistand beim Sterben?



Textbausteine für die Patientenverfügung

1 Vorbemerkung

Beschreiben Sie hier, welche Werte für Sie in Ihrem Leben wichtig sind.

2 Einleitungssatz

Für den Fall, dass ich ... (Vor- und Zuname), geboren am ... in ..., wohnhaft in ... (Anschrift) mich nicht selbst äußern kann, erkläre ich nachfolgend meine Wünsche zur Behandlung.

3 Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Dies gilt für die nachfolgenden Situationen:

- a) Wenn ich mich am Ende des Lebens und unabwendbar im Sterbeprozess befinde.
 - b) Wenn ich mich im Endstadium einer tödlich verlaufenden und unheilbaren Krankheit befinde, auch wenn der Sterbeprozess noch nicht unmittelbar begonnen hat.
 - c) Wenn ich aufgrund einer Hirnschädigung voraussichtlich dauerhaft nicht mehr in der Lage sein werde, mit meiner Umwelt in Kontakt zu treten oder mit meinen Mitmenschen zu kommunizieren (Wachkoma), auch wenn es eine geringe Chance gibt, dass ich aus diesem Zustand aufwache.
 - d) Wenn ich infolge eines fortgeschrittenen Abbauprozesses im Gehirn (zum Beispiel Alzheimer-Krankheit) nicht mehr in der Lage bin, auf natürlichem Wege Nahrung und Flüssigkeit zu mir zu nehmen, obwohl ich von Pflegekräften umfangreich dabei unterstützt werde.
-

4 Regelungen zu lebensverlängernden und -gefährdenden Maßnahmen

Dies gilt für die nachfolgenden Situationen:

- a) In den oben beschriebenen Situationen möchte ich, dass jegliche lebensverlängernden Maßnahmen unterbleiben bzw. abgebrochen werden. Ich bitte jedoch um ausreichende Behandlung und Pflege, um mir Angst, Schmerzen, Atemnot, Hunger- und Durstgefühle und Übelkeit zu nehmen. Ich möchte nicht, dass mein Leiden durch das Ausschöpfen aller intensivmedizinischen Möglichkeiten, auch die Gabe von Antibiotika bei Begleitinfektionen, verlängert wird.

- b) In den oben beschriebenen Situationen möchte ich, dass alles, was mit der modernen Medizin möglich ist, getan wird, um mein Leben zu erhalten bzw. zu verlängern. Ich möchte dies auch, wenn es belastend für mich ist, und auch dann, wenn eine dauerhafte Schädigung des Gehirns und deshalb der Verlust der Kommunikationsfähigkeit oder völlige Hilflosigkeit die Folge sein können. Beschwerden wie Angst, Schmerzen, Atemnot, Hunger- und Durstgefühle und Übelkeit sollen soweit wie möglich gelindert werden.

5 Wiederbelebung

- a) Falls mein Herz zum Stillstand gekommen ist, möchte ich in den zuvor genannten Situationen nicht mehr wiederbelebt werden.
- b) In den vorher beschriebenen Situationen wünsche ich Versuche einer Wiederbelebung.

HINWEIS: Diese Festlegung ist wichtig für die Anerkennung der Patientenverfügung.

6 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

- a) In den oben beschriebenen Situationen möchte ich, dass jegliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit über Sonden oder Infusionen unterbleibt. Ich wünsche aber eine begleitende Pflege, um mir Hunger- und Durstgefühle zu nehmen.
- b) In den vorgenannten Situationen wünsche ich die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit auch über eine Sonde oder durch Infusionen. Dies soll so bald als nötig begonnen und bis zu meinem Tod weitergeführt werden.

HINWEIS: Diese Festlegung ist wichtig für die Anerkennung der Patientenverfügung.

7 Künstliche Beatmung

- a) In den zuvor genannten Situationen wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt wird bzw. diese eingestellt wird. Ich wünsche mir jedoch eine Behandlung, um mir die Luftnot und Angst zu nehmen, auch mit bewusstseinstrübenden Medikamenten. Ich nehme dafür auch einen früheren Tod in Kauf.
- b) Ich wünsche eine künstliche Beatmung, wenn dies mein Leben erhalten bzw. verlängern kann.

HINWEIS: Diese Festlegung ist wichtig für die Anerkennung der Patientenverfügung.

8 Schmerzbehandlung

- a) Ich möchte mit wirksamen Schmerzmitteln behandelt werden, um meine körperlichen Leiden soweit wie möglich zu bekämpfen. Dafür nehme ich Bewusstseinstrübungen und auch einen früheren Tod in Kauf.

- b) Ich wünsche eine Behandlung mit Schmerzmitteln. Aber hierdurch soll keine Minderung des Bewusstseins oder gar ein früherer Tod eintreten.

9 Weitere medizinische Maßnahmen

- 1a) Ich wünsche in den oben beschriebenen Situationen keine Organtransplantation oder andere aufwendige Behandlungen wie eine Dialyse, selbst wenn dies hilft, mein Leben zu verlängern.
- 1b) Ich wünsche in den oben beschriebenen Situationen auch die Durchführung einer Organtransplantation oder andere aufwendige Behandlungen, zum Beispiel eine Dialyse, wenn dies hilft, mein Leben zu verlängern.
- 2a) Ich stimme in den oben beschriebenen Situationen keinen operativen Maßnahmen zu, selbst wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann.
- 2b) Ich stimme in den oben beschriebenen Situationen auch operativen Maßnahmen zu, wenn dadurch mein Leben verlängert werden kann. Ich möchte dies auch, wenn gesundheitliche Schäden oder der Verlust eines Körperteils, zum Beispiel eines Beins, die Folge sein können.
- 3a) Ich möchte nicht, dass noch nicht zugelassene Medikamente eingesetzt werden, die sich noch in der Erprobungsphase befinden, sodass deren Nebenwirkungen und Wirkungsweisen noch nicht vollständig bekannt sind.
- 3b) Ich möchte in den oben beschriebenen Situationen nicht, dass noch nicht zugelassene Medikamente eingesetzt werden, die sich noch in der Erprobungsphase befinden, sodass deren Nebenwirkungen und Wirkungsweisen noch nicht vollständig bekannt sind.
- 3c) Ich möchte mit den modernsten Mitteln der Medizin behandelt werden. Dazu gehört für mich auch der Einsatz von nicht zugelassenen Medikamenten, die sich noch in der Erprobungsphase befinden, sodass deren Nebenwirkungen und Wirkungsweisen noch nicht vollständig bekannt sind.
- 4a) Neben den schulmedizinischen Behandlungsmethoden wünsche ich keine Behandlung mit alternativen Heilmethoden.
- 4b) Neben den schulmedizinischen Behandlungsmethoden wünsche ich auch eine Behandlung mit alternativen Heilmethoden wie zum Beispiel Mistelinjektionen oder Akupunktur, sofern dies angebracht ist. Die alternativen Heilmethoden sollen die schulmedizinische Behandlung aber nicht ersetzen oder verzögern.

10 Kommunikation und Information

- a) Ich möchte, dass mein Hausarzt ... (Name, Anschrift, Telefon) hinzugezogen wird, wenn wesentliche Entscheidungen über meine weitere medizinische Behandlung anstehen. Wenn er im Notfall nicht erreichbar ist, dürfen die behandelnden Ärzte die aus ihrer Sicht erforderliche Behandlung unter Berücksichtigung meiner hier dargelegten Wünsche auch ohne seine ärztliche Einschätzung einleiten bzw. fortsetzen.
- b) Wenn ich in der Lage bin, etwas zu verstehen, möchte ich/möchte ich nicht, dass mich die behandelnden Ärzte verständlich und vollständig über meinen gesundheitlichen Zustand aufklären.
- c) Ich entbinde die behandelnden Ärzte (nicht) von ihrer Schweigepflicht gegenüber ... (Bevollmächtigten, Familienangehörigen, Lebenspartner/in, Kindern etc.).

HINWEIS: Hier können Sie auch die jeweils negative Formulierung verwenden.

11 Vorstellung vom Sterben

- a) Meine letzten Tage/Stunden möchte ich, wenn irgend möglich, ... (zu Hause bei meiner Familie, in einem Hospiz etc.) verbringen. Ich möchte das auch/ich möchte das nicht, wenn dadurch möglicherweise mein Tod früher eintritt, weil dafür eine Behandlung abgebrochen werden muss.
- b) Falls möglich, möchte ich mich persönlich von meinen Angehörigen und Freunden verabschieden. Deshalb bitte ich um Benachrichtigung von ... (Vor- und Zuname, Telefon), wenn absehbar ist, dass es mit meinem Leben zu Ende geht.
- c) Da ich ein/kein religiöser Mensch bin, möchte ich, dass ein/kein Geistlicher der ... Religion/Konfession mein Sterben begleitet.
- d) Nach meinem Tod bin ich mit einer Obduktion einverstanden/nicht einverstanden, wenn dadurch die Ursache meines Todes geklärt werden kann.
- e) Wenn mein Hirntod festgestellt wurde, möchte ich/möchte ich nicht meine Organe für eine Transplantation zur Verfügung stellen. Sind für die Transplantation medizinische Maßnahmen notwendig, die ich in dieser Verfügung ausgeschlossen habe, gehen meine Bereitschaft zur Organspende und die damit verbundenen Behandlungsmaßnahmen vor/nicht vor.
- f) Meine Wünsche zur Bestattung habe ich in einer gesonderten Bestattungsverfügung aufgeschrieben.

HINWEIS: Hier können Sie auch die jeweils negative Formulierung verwenden.

12 Hinweis auf weitere Unterlagen

Ergänzend zu dieser Patientenverfügung habe ich eine Vorsorgevollmacht und/oder eine Betreuungsverfügung erstellt.

Mein/e Bevollmächtigter/n ist/sind ... (Vor- und Zuname, Adresse, Telefon).

Mein/e Betreuer soll/en sein ... (Vor- und Zuname, Adresse, Telefon).

13 Schlussbemerkungen

Ich habe diese Patientenverfügung aus freiem Willen und ohne Druck von anderen erstellt.

Ich bin mir über die Inhalte dieser Patientenverfügung und deren Folgen bewusst.

14 Aufklärung/Beratung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Ich habe mich vor dem Schreiben dieser Patientenverfügung informiert bei ... und beraten lassen durch

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung ärztlich beraten lassen. Bezüglich der hier genannten Festlegungen verzichte ich auf eine weitere ärztliche Beratung oder Aufklärung.

Ort, Datum, Unterschrift des Verfassers

Ich, ... (Name des Arztes), bestätige, dass ich mit Frau/Herrn ... (Vor- und Zuname) am ... ein ausführliches Beratungsgespräch geführt habe. Dabei haben wir die medizinischen Konsequenzen der Inhalte ihrer/seiner Patientenverfügung besprochen.

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes

Ich, ... (Vor- und Zuname, Arzt, Notar etc.), bestätige, dass Frau/Herr ... sich über die Inhalte dieser Patientenverfügung und deren Konsequenzen bewusst und in vollem Umfang einwilligungsfähig ist.

Ort, Datum, Unterschrift

15 Aktualität

Diese Verfügung soll auch weiterhin gelten.

Datum, Unterschrift des Verfassers

Diese Verfügung soll auch weiterhin gelten, allerdings mit folgenden Ausnahmen: ...

Datum, Unterschrift des Verfassers

Vorsorgevollmacht

Ich,

Vor- und Zuname

geboren am

in

wohnhaft in

Anschrift, Telefon

erteile eine Vollmacht an

Herrn/Frau

Vor- und Zuname

nachfolgend Bevollmächtigte/r genannt

geboren am

in

wohnhaft in

Der/die Bevollmächtigte wird bevollmächtigt, mich in allen nachfolgend angekreuzten Angelegenheiten zu vertreten.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der/die Bevollmächtigte das Original dieser Vollmachtsurkunde besitzt und sie auf Verlangen vorlegen kann.

Die eventuelle Unwirksamkeit einzelner Verfügungen in dieser Vollmacht soll die Wirksamkeit der anderen Verfügungen nicht berühren.

1 Verträge, Finanzen

- 1.1** Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen persönlichen Angelegenheiten sowie in Vermögens-, Steuer-, Renten-, Sozial-, Erb- und sonstigen Rechtsangelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist, außergerichtlich und gerichtlich zu vertreten.
- 1.2** Die Vertretung in vermögensrechtlichen Angelegenheiten umfasst unter anderem die Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Versicherungen und meiner Krankenkasse sowie die Erledigung der Bankgeschäfte.
- 1.3** Mitarbeiter von Ämtern, Behörden, Banken, Versicherungen und meiner Krankenkasse sind meiner/m Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht befreit.
- 1.4** Der/die Bevollmächtigte ist ermächtigt, Verträge aller Art in meinem Namen abzuschließen oder aufzulösen.

- 1.5** Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, Geschäfte mit sich selbst zu tätigen (§ 181 BGB).
- 1.6** Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, meine Grundstücke und Immobilien zu verwalten und zu verkaufen.
- 1.7** Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, meine Post, auch Einschreiben, Zahlungsanweisungen mit einem Betrag von mehr als 250 Euro und Sendungen mit dem Zusatz „eigenhändig“, entgegenzunehmen und zu öffnen.
- 1.8** Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich als Kläger oder Beklagter Prozesse zu führen.
- 1.9** Die folgenden Geschäfte soll mein/e Bevollmächtigte/r wahrnehmen dürfen:

- 1.10** Die folgenden Geschäfte soll mein/e Bevollmächtigte/r nicht wahrnehmen dürfen:

2 Gesundheitsangelegenheiten

- 2.1** Der/die Bevollmächtigte darf in allen Angelegenheiten der medizinischen Versorgung und Behandlung entscheiden. Gegenüber meinen behandelnden Ärzten soll mein Bevollmächtigter mich in allen notwendigen Entscheidungen vertreten, soweit dies gesetzlich möglich ist.
- 2.2** Der/die Bevollmächtigte darf über alle erforderlichen ärztlichen Untersuchungen, Heilbehandlungen und Eingriffe bei mir entscheiden, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 BGB).
- 2.3** Der/die Bevollmächtigte darf über das Unterlassen oder Beenden lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen entscheiden.
- 2.4** Ich entbinde meine behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem/r Bevollmächtigten.
- 2.5** Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, meine behandelnden Ärzte gegenüber anderen Dritten von der Schweigepflicht zu entbinden.

3 Wohnung, Aufenthalt und freiheitsentziehende Maßnahmen

- 3.1** Der/die Bevollmächtigte darf meinen Aufenthaltsort bestimmen, inklusive eines Umzugs in ein Heim.
- 3.2** Der/die Bevollmächtigte darf meine Mietverträge abschließen und kündigen.
- 3.3** Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, meinen Haushalt aufzulösen und über das Inventar zu verfügen.
- 3.4** Der/die Bevollmächtigte darf in eine für mich aus ärztlicher Sicht zwingend erforderliche und mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung in einem Heim oder einer anderen Einrichtung (§ 1831 BGB) einwilligen.

3.5 Der/die Bevollmächtigte darf in unterbringungsähnliche Maßnahmen für mich, wie zum Beispiel das Anbringen von Bauchgurten, Bettgittern und anderen mechanischen Vorrichtungen, sowie eine Freiheitsbeschränkung durch Medikamente (§ 1831 BGB) einwilligen.

3.6 Der/die Bevollmächtigte darf in eine ärztliche Zwangsmaßnahme bei mir einwilligen, wenn ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht und dieser durch keine andere zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann (§ 1832 BGB).

4 Weitere Bereiche

4.1 Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, in meinem Namen Erbschaften auszuschlagen.

4.2 Der/die Bevollmächtigte soll die Einzelheiten meiner Bestattung übernehmen und die Ausgestaltung der Trauerzeremonie regeln.

4.3 Diese Vollmacht bleibt auch nach meinem Tod so lange in Kraft, bis meine Erben sich als anspruchsberechtigt ausweisen können.

5 Stellvertretung

5.1 Der/die Bevollmächtigte hat das Recht, Untervollmachten an Dritte zu erteilen.

6 Betreuung, Kontrollbetreuung

6.1 Diese Vollmacht soll eine Betreuung gemäß Betreuungsgesetz überflüssig machen. Sollte dennoch von einem Gericht die Einrichtung einer Betreuung für notwendig erachtet werden, so soll der/die hier bestimmte Bevollmächtigte zum Betreuer bestellt werden.

6.2 Sollte der/die Bevollmächtigte nicht für die Aufgaben als Betreuer geeignet sein, bitte ich das Gericht, aus den nachfolgend genannten Personen in absteigender Reihenfolge einen Betreuer auszuwählen:

1. Herr/Frau

_____ Vor- und Zuname

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

2. Herr/Frau _____
Vor- und Zuname
 geboren am _____ in _____
 wohnhaft in _____

3. Herr/Frau _____
Vor- und Zuname
 geboren am _____ in _____
 wohnhaft in _____

6.3 Falls das Betreuungsgericht einen sogenannten Kontrollbetreuer für notwendig hält, soll dies Herr/Frau _____
Vor- und Zuname
 geboren am _____ in _____
 wohnhaft in _____
 übernehmen.

6.4 Auf keinen Fall soll die nachfolgend genannte Person zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin bestellt werden:

1. Herr/Frau _____
Vor- und Zuname
 geboren am _____ in _____
 wohnhaft in _____

7 Haftung/Haftungsbeschränkung

- 7.1** Der Bevollmächtigte haftet gegenüber dem Vollmachtgeber, seinen Erben sowie gegenüber Behörden nur für vorsätzliche und grob fahrlässige Handlungen sowie für eine grobe Missachtung der Wünsche des Vollmachtgebers.
- 7.2** Dem Bevollmächtigten muss nachgewiesen werden, dass er entgegen den Wünschen des Vollmachtgebers gehandelt hat (Beweislastumkehr).
- 7.3** Der Bevollmächtigte wird von der Beweislast der weisungsgemäßen Erfüllung dieser Vollmacht entbunden.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Vollmachtgebers

8 Bestätigung

Ich,

Name des Bevollmächtigten

kenne den Inhalt dieser Vollmacht und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten

Ich,

Vor- und Zuname, Anschrift, Telefon des Zeugen, z.B. Arzt Ihres Vertrauens, Notar

bestätige, dass Herr/Frau

diese Verfügung heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und ich keinen Zweifel daran habe, dass er selbstbestimmt mit eigenem Willen die bezeichneten Entscheidungen getroffen hat.

Ort, Datum

Unterschrift

9 Ergänzende Unterlagen

- 9.1** Vereinbarung mit dem Bevollmächtigten im Innenverhältnis
- 9.2** Bankvollmachten zu den folgenden Konten auf Formularen der Banken:

- 9.3** Gesonderte Postvollmacht
- 9.4** Patientenverfügung
- 9.5** Handschriftliche Sorgerechtsverfügung für minderjährige Kinder
- 9.6** Liste: Wer hat Originale und Kopien welcher Vollmachten und Verfügungen

Vereinbarung im Innenverhältnis

Zwischen

Vor- und Zuname

nachfolgend **Vollmachtgeber** genannt

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

Anschrift, Telefon

und

Vor- und Zuname

nachfolgend **Bevollmächtigte/r A** genannt

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

Anschrift, Telefon

und

Vor- und Zuname

nachfolgend **Bevollmächtigte/r B** genannt

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

Anschrift, Telefon

(ggf. streichen, wenn nur ein Bevollmächtigter)

Diese Vereinbarung regelt die Anwendung der Vollmacht vom _____ (Datum) im Innenverhältnis zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem. Die im Außenverhältnis umfänglich gültige Vollmacht darf der Bevollmächtigte nur in dem nachfolgend durch Ankreuzen und Ausfüllen bestimmten Umfang nutzen.

1 Wirksamkeit

- 1.1** Der Bevollmächtigte verpflichtet sich gegenüber dem Vollmachtgeber von der Vollmacht in seinem Interesse und zu seinem Wohlergehen sowie erst dann Gebrauch zu machen, wenn der Vollmachtgeber zeitweise oder dauerhaft seine Angelegenheiten nicht mehr regeln kann.
- 1.2** Der Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit und/oder Geschäftsunfähigkeit muss (ärztlich) festgestellt und schriftlich bestätigt werden durch

(Vor- und Zuname, Anschrift und Telefon der gewünschten Person/(Haus-)Arzt oder gegebenenfalls eines Vertreters)

- 1.3** Ist der genannte Arzt nicht erreichbar, kann an seiner Stelle ein anderer Arzt dieses tun.
- 1.4** Die Bestätigung der Entscheidungsunfähigkeit und/oder Geschäftsunfähigkeit muss im Abstand von _____ Monaten wiederholt werden.
- 1.5**

2 Mehrere Bevollmächtigte

2.1 Der Bevollmächtigte A soll allein alle Aufgaben als Bevollmächtigter wahrnehmen. Nur wenn er nicht in der Lage ist, die Rechte des Vollmachtgebers wahrzunehmen oder ausdrücklich Unterstützung wünscht, soll Bevollmächtigter B an seiner Stelle handeln.

- 2.2** Der Bevollmächtigte A soll sich ausschließlich um die Vermögens- und Rechtsangelegenheiten des Vollmachtgebers kümmern. Der Bevollmächtigte B soll den Vollmachtgeber in allen anderen, insbesondere den persönlichen, Angelegenheiten vertreten. Bei Überschneidungen der Aufgaben soll Bevollmächtigter _____ (A oder B) die Entscheidung treffen.
- 2.3** Die Bevollmächtigten sind nicht berechtigt, ihre Vollmachten gegenseitig zu widerrufen.
- 2.4** Sofern Unstimmigkeiten zwischen den Bevollmächtigten zur Ausübung ihrer Aufgaben bestehen, müssen sie notariellen Rat einholen. Die Bevollmächtigten müssen dem Rat des Notars folgen.
- 2.5** Sofern Unstimmigkeiten zwischen den Bevollmächtigten zur Ausübung ihrer Aufgaben bestehen, müssen sie vor Gericht für diesen Aufgabenbereich die Einrichtung einer Betreuung anregen. Die Auswahl des dafür geeigneten Betreuers obliegt dem Gericht.
- 2.6**

3 Gesundheitsangelegenheiten und längerfristige Pflege

- 3.1** Bei der Vertretung in medizinischen Angelegenheiten soll der Bevollmächtigte die Vorstellungen des Vollmachtgebers berücksichtigen, insbesondere die Regelungen in seiner Patientenverfügung.

Eine Patientenverfügung wurde vom Vollmachtgeber erstellt. Deren Inhalte sind dem Bevollmächtigten bekannt und er kennt den Aufenthaltsort des Originals der Patientenverfügung.

- 3.2** sonstige Regelungen zur medizinischen Behandlung:

- 3.3** Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers sollen für die bestmögliche Pflege seiner Person verwendet werden. Zur finanziellen Sicherstellung der Pflege darf der Bevollmächtigte auch Geldanlagen des Vollmachtgebers auflösen und/oder Vermögenswerte verkaufen.

- 3.4** Für den Fall einer Pflegebedürftigkeit des Vollmachtgebers über längere Zeit soll möglichst die folgende Person/Dienstleister die Pflege übernehmen.

Name der Person/des Dienstleisters, Anschrift, Telefon

- 3.5** sonstige Regelungen für die Pflege zu Hause:

- 3.6** Für die Übernahme der Pflege soll die oben benannte Person/Institution wie folgt entschädigt werden:

monatlicher Geldbetrag in Höhe von: _____ Euro

freie Kost und Logis (in der Wohnung des Vollmachtgebers während der Zeit der Pflege)

- 3.7** Falls professionelle Pflege zu Hause notwendig ist, soll möglichst der Pflegedienst

Name, Adresse des Pflegedienstes

damit beauftragt werden.

- 3.8** Wenn eine ambulante Versorgung des Vollmachtgebers nicht (mehr) möglich ist, möchte der Vollmachtgeber möglichst in die folgende Pflegeeinrichtung einziehen:

Name, Adresse der Einrichtung

- 3.9** Wenn eine ambulante Versorgung des Vollmachtgebers nicht (mehr) möglich und ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung nötig ist, soll diese unter anderem unter folgenden Gesichtspunkten ausgewählt werden:

Nähe zum bisherigen Wohnort des Vollmachtgebers

Nähe zum Wohnort des Bevollmächtigten

günstige Kosten der Einrichtung

konfessionelle Ausrichtung der Einrichtung, der folgenden Religion: _____

Versorgung in einem Einzelzimmer

hohe fachliche Standards und Pflegequalität

weitere Wünsche an die Pflegeeinrichtung:

4 Wohnungsangelegenheiten und freiheitsbeschränkende Maßnahmen

- 4.1** Dem Anbringen von Bauchgurten, Bettgittern und anderen Vorrichtungen sowie der Freiheitsbeschränkung durch Medikamente darf der Bevollmächtigte nur zustimmen, wenn alle anderen Maßnahmen nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der pflegerischen Erkenntnisse ausgeschöpft sind.
- 4.2** Sofern der Umzug in ein Pflegeheim nötig wird, sollen die Wohnung und der Haushalt des Vollmachtgebers für ___ Monate beibehalten und die dafür nötigen (Miet-)Zahlungen geleistet werden.
- 4.3** Nach dem Umzug des Vollmachtgebers in ein Heim darf der Bevollmächtigte den Mietvertrag des Vollmachtgebers kündigen, den Haushalt auflösen und das Inventar verwerten.

- 4.4** weitere Regelungen zu Wohnung, Haushaltsauflösung, Verwertung Inventar und Umzug:

5 Finanzen und Geschenke

- 5.1** Der Bevollmächtigte soll aus dem Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers folgende (regelmäßige) **Zahlungen** an die folgenden Personen zahlen:

Betrag, Häufigkeit, an welche Person

- 5.2** Der Bevollmächtigte soll aus dem Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers folgende (regelmäßige) **Geschenke** an die folgenden Personen geben:

Wert, Häufigkeit, Anlass, an welche Person

- 5.3** Der Bevollmächtigte soll für seine Tätigkeit eine pauschale Aufwandsentschädigung in Höhe von _____ Euro pro Monat/Jahr aus dem Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers erhalten.

6 Sonstige Wünsche und Anweisungen an den Bevollmächtigten

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

7 Haftung/Haftungsausschluss

- 7.1** Der Bevollmächtigte haftet gegenüber dem Vollmachtgeber, seinen Erben sowie gegenüber Behörden nur für vorsätzliche und grob fahrlässige Handlungen sowie für eine grobe Missachtung der in dieser Vereinbarung festgelegten Wünsche.
- 7.2** Dem Bevollmächtigten muss nachgewiesen werden, dass er entgegen den Wünschen des Vollmachtgebers gehandelt hat (Beweislastumkehr).
- 7.3** Der Bevollmächtigte wird von der Beweislast der weisungsgemäßen Erfüllung dieser Vereinbarung durch den Vollmachtgeber entbunden.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten A

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten B

Liste über den digitalen Nachlass

Im Falle meines Todes soll sich meine bevollmächtigte Vertrauensperson um meine Accounts und Daten kümmern. Dafür habe ich diese Liste erstellt.

→ **HINWEIS** Wenn Sie mehrere Konten und Profile haben, können Sie dieses Muster kopieren.

1 @ E-Mail-Dienste

Name des Anbieters:

Benutzername:

Passwort:

Mit Konto soll passieren:

2 Soziale Netzwerke

Name des Anbieters:

Benutzername:

Passwort:

Ggf. Zwei-Faktor-Authentifizierung:

Mit Account soll passieren:

3 Messenger

Name des Anbieters:

Mobilfunknummer:

PIN SIM-Karte:

Mit Account soll passieren:

4 Cloud-Dienste

Name des Anbieters:

Benutzername:

Passwort:

Ggf. Zwei-Faktor-Authentifizierung:

Mit Account soll passieren:

5 Shopping-Konto

Anbieter:

Benutzername:

Passwort:

Ggf. Zwei-Faktor-Authentifizierung:

Mit Account soll passieren:

6 Streaming-Abo

Anbieter:

Benutzername:

Passwort:

Mit Account soll passieren:

7 Zahlungsdienstleister

Anbieter:

Benutzername:

Passwort:

Ggf. Zwei-Faktor-Authentifizierung:

Mit Account soll passieren:

Vollmacht für den digitalen Nachlass

1 Persönliche Angaben

Ich,

Vor- und Zuname

geboren am

in

Geburtsdatum

Geburtsort

wohnhaft in

Anschrift mit Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

erteile hiermit eine Vollmacht für meinen digitalen Nachlass an:

2 Angaben zum Bevollmächtigten

Herrn/Frau

Vor- und Zuname

nachfolgend **Vertrauensperson** genannt

geboren am

in

Geburtsdatum

Geburtsort

wohnhaft in

Anschrift mit Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

3 Umfang der Vollmacht

Meine Vertrauensperson wird bevollmächtigt, meinen digitalen Nachlass so zu regeln, wie ich es in der hinterlegten Liste meiner Accounts festgelegt habe. Die Vertrauensperson kennt den Aufbewahrungsort dieser Liste. Diese Vollmacht ist nur wirksam, wenn die Vertrauensperson das Original dieser Vollmachtsurkunde besitzt und sie auf Verlangen vorlegen kann. Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus.

4 Datum und Unterschrift

Ort und Datum

Unterschrift

Betreuungsverfügung

Nur für den Fall, dass dies nicht bereits in einer Vollmacht geregelt wurde

Für den Fall, dass eine gerichtliche Betreuung notwendig werden sollte,

wünsche ich,

_____ Vor- und Zuname
 geboren am _____ in _____

_____ Anschrift, Telefon
 wohnhaft in _____

die nachfolgend durch Ankreuzen und Ausfüllen beschriebene Ausgestaltung der Betreuung.

1 Person des Betreuers

1.1 Ich bitte das Gericht, aus den nachfolgend genannten Personen in absteigender Reihenfolge einen Betreuer auszuwählen:

Herr/Frau _____ Vor- und Zuname

geboren am _____ in _____

_____ Anschrift, Telefon
 wohnhaft in _____

Herr/Frau _____ Vor- und Zuname

geboren am _____ in _____

_____ Anschrift, Telefon
 wohnhaft in _____

Herr/Frau _____ Vor- und Zuname

geboren am _____ in _____

_____ Anschrift, Telefon
 wohnhaft in _____

_____ Anschrift, Telefon

1.2 Falls das Betreuungsgericht einen sogenannten Kontrollbetreuer für notwendig hält, soll dies
Herr/Frau, _____ Vor- und Zuname
geboren am _____ in _____
wohnhaft in _____ Anschrift, Telefon
übernehmen.

1.3 Auf keinen Fall soll/en die nachfolgend genannte/n Person/en zu meinem Betreuer/meiner
Betreuerin bestellt werden:

Herr/Frau _____ Vor- und Zuname
geboren am _____ in _____
wohnhaft in _____
_____ Anschrift, Telefon

Herr/Frau _____ Vor- und Zuname
geboren am _____ in _____
wohnhaft in _____
_____ Anschrift, Telefon

2 Gesundheitsangelegenheiten und längerfristige Pflege

2.1 Ich habe eine Patientenverfügung erstellt. Die Patientenverfügung ist an folgendem Ort
hinterlegt:

2.2 Bei der Vertretung in medizinischen Angelegenheiten soll der Betreuer meine Vorstellungen
berücksichtigen, insbesondere die Regelungen in der Patientenverfügung.

2.3 Sonstige Wünsche zur medizinischen Behandlung:

2.4 Mein Einkommen und Vermögen sollen für die bestmögliche Pflege meiner Person verwendet werden. Zur finanziellen Sicherstellung der Pflege soll der Betreuer auch meine Geldanlagen auflösen und/oder Vermögenswerte verkaufen.

2.5 Für den Fall meiner Pflegebedürftigkeit über längere Zeit soll möglichst die folgende Person/Dienstleister die Pflege übernehmen:

Name der Person/des Dienstleisters, Anschrift, Telefon

2.6 Sonstige Regelungen für die Pflege zu Hause:

2.7 Für die Übernahme der Pflege soll die oben benannte Person/Institution wie folgt entschädigt werden:

monatlicher Geldbetrag in Höhe von: _____ Euro

freie Kost und Logis (in meiner Wohnung während der Zeit der Pflege)

2.8 Falls professionelle Pflege zu Hause notwendig ist, soll möglichst der Pflegedienst

Name, Adresse des Pflegedienstes

damit beauftragt werden.

2.9 Wenn meine ambulante Versorgung nicht (mehr) möglich ist, möchte ich möglichst in die folgende Pflegeeinrichtung einziehen:

Name, Adresse der Einrichtung

2.10 Wenn meine ambulante Versorgung nicht (mehr) möglich und ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung nötig ist, soll der Betreuer diese unter anderem unter folgenden Gesichtspunkten auswählen:

Nähe zum eigenen Wohnort

Nähe zum Wohnort des Betreuers

günstige Kosten der Einrichtung

konfessionelle Ausrichtung der Einrichtung, der folgenden Religion: _____

Versorgung in einem Einzelzimmer

hohe fachliche Standards und Pflegequalität

weitere Wünsche an die Pflegeeinrichtung:

3 Wohnungsangelegenheiten

3.1 Sofern der Umzug in ein Pflegeheim nötig wird, sollen meine Wohnung und mein Haushalt für ___ Monate beibehalten und die dafür nötigen (Miet-)Zahlungen geleistet werden.

3.2 Nach meinem Umzug in ein Heim soll der Betreuer baldmöglichst die Wohnung/das Haus verkaufen oder den Mietvertrag kündigen, den Haushalt auflösen und das Inventar verwerten.

3.3 weitere Regelungen zu Wohnung, Haushaltsauflösung, Verwertung Inventar und Umzug:

4 Finanzen und Geschenke

4.1 Der Betreuer soll aus meinem Einkommen und Vermögen folgende (regelmäßige) **Zahlungen** an die folgenden Personen zahlen:

Betrag, Häufigkeit, an welche Person

- 4.2** Der Betreuer soll aus meinem Einkommen und Vermögen folgende (regelmäßige) **Geschenke** an die folgenden Personen geben:

Wert, Häufigkeit, Anlass, an welche Person

5 Sonstige Wünsche und Anweisungen an den Betreuer

Ort, Datum

Unterschrift des Verfügenden

6 Bestätigung

Ich,

Vor- und Zuname, Anschrift, Telefon des Zeugen, z.B. Arzt Ihres Vertrauens, Notar

bestätige, dass Herr/Frau

Name des Verfügenden

diese Verfügung heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und ich keinen Zweifel daran habe, dass er selbstbestimmt mit eigenem Willen die bezeichneten Entscheidungen getroffen hat.

Ort, Datum

Unterschrift