

Stadt Salzgitter

MÖGLICHKEITEN

DER

VORSORGE

→Vorsorgevollmacht

→Betreuungsverfügung

→Vollmacht

→Patientenverfügung

Kostenlose Musterzusammenstellung (Stand April 2010) überreicht durch:

*Stadt Salzgitter
Fachdienst Gesundheit (Gesundheitsamt)
- Amtliche Betreuungsstelle –
Marktplatz 11, Salzgitter-Bad
Postanschrift: Postfach 10 06 80, 38206 Salzgitter
☎ (05341) 839-2045, -2047 oder -2048
Fax: (05341) 839-2050
E-Mail: gesundheit@stadt.salzgitter.de*

Internet: www.salzgitter.de im Bereich "Bildung&Soziales" in der Rubrik "Gesundheit"

Bei uns erhalten Sie auch weitere kostenlose Beratung und Hilfe zu Fragen der Betreuung, für Betreuende, Betreute und Angehörige.

Anmerkungen

zur Vollmacht

- ⇒ Die beigegefügte Vollmacht ist ein Muster. Sie können diese als Formular verwenden. Eine handschriftliche Form ist nicht erforderlich.
- ⇒ Die Vollmacht ist eine privatrechtliche Regelung, daher erfolgt keine Überwachung durch das Gericht.
(Ausnahmen: geschlossene Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie z.B. das Anbringen eines Bettgitters, müssen durch das Vormundschaftsgericht genehmigt werden.)
- ⇒ Die Vollmacht sollte in Verbindung mit einer Patientenverfügung erstellt werden.
- ⇒ Als bezeugende Person hat sich in der Praxis der Hausarzt bewährt. Ein Notar empfiehlt sich, wenn z.B. großes Vermögen vorhanden ist (diese Form ist jedoch kostenpflichtig).
- ⇒ Es empfiehlt sich, die Vollmacht und die Patientenverfügung bei den persönlichen Unterlagen aufzubewahren.
- ⇒ Da sich in der Praxis gezeigt hat, dass die Banken eine Vorsorgevollmacht nur akzeptieren, wenn diese durch einen Notar bestätigt worden ist, sollten die von Ihnen Bevollmächtigten eine bankinterne Vollmacht bekommen.
- ⇒ Der Verkauf und die Verwaltung von Immobilien des Vollmachtgebers bedürfen einer gesonderten notariellen Vollmacht (Beurkundung). Der Bevollmächtigte hat jedoch die Möglichkeit, für diesen eingeschränkten Bereich eine Betreuung bei Gericht anzuregen.
- ⇒ Die Vollmachten sollten dem Vormundschaftsgericht zum Zwecke der eventuell späteren Prüfung in Kopie zur Verfügung gestellt werden.

Vollmacht

(gilt auch **vor** einer Entscheidungsunfähigkeit)

Hiermit erteile ich:

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße: _____ Wohnort: _____

ohne Zwang und aus freien Willen folgende Vollmacht:

Frau/Herrn _____ geb. am: _____
Anschrift/Tel: _____

Im Verhinderungsfalle:

Frau/Herrn _____ geb. am: _____
Anschrift/Tel: _____

Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht erstreckt sich auf die Aufgabenkreise:

⇒ **Aufenthaltsbestimmungsrecht, Gesundheitsvorsorge, Vermögenssorge und Postangelegenheiten** sowie sonstige Rechtsangelegenheiten in jeder denkbaren Richtung. Sie berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten, in o. g. Aufgabenkreis meinem Willen entsprechend zu handeln, wie es in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. **Er sollte sich ebenfalls auch an die Vorgaben der hinzugefügten Patientenverfügung halten.**

Die Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus ja nein

**Unter anderem gilt die Vollmacht im gesundheitlichen Bereich für:
(mein natürlicher Wille hat Vorrang)**

die Abgabe von Erklärungen im Behandlungsgeschehen, z. B. ja nein
die Einwilligung in operative Eingriffe oder zur Verabreichung von Medikamenten, gleichgültig, ob es sich um lebensgefährdende oder mit schwerwiegenden Nebenwirkungen bzw. Folgen behaftete Maßnahmen handelt oder nicht (bei Behandlungen, die ein großes Risiko beinhalten, muss das Vormundschaftsgericht um Genehmigung der Einwilligung gebeten werden),

die Einwilligung in freiheitsentziehende¹ oder unterbringungsähnliche² ja nein
Maßnahmen, wenn sie nicht nur der Beherrschung einer akuten Situation dienen, sondern über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden sollen (auch hier muss der Bevollmächtigte das Vormundschaftsgericht um Genehmigung seiner Anordnung bitten),

die Einwilligung zur Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder ja nein
Maßnahmen oder in einen Behandlungsabbruch. Die Einwilligung darf von meinem/n Bevollmächtigten nur erteilt werden, wenn bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit sowie fortschreitendem Verfall nach einstimmiger Beurteilung meiner behandelnden Ärzte keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht (s. Patientenverfügung),

die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die ja nein
Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einem Pflegeheim bzw. über das Verlassen dieser Einrichtungen,

die Entscheidung zur Teilnahme an einem medizinischen Forschungsprojekt, ja nein

¹ Dies bedeutet: Geschlossene Stationen von psychiatrischen Krankenhäusern und bestimmten Heimen.

² Dies bedeutet: Bettgitter und andere mechanische Fixierungen an Bett und /oder Stuhl

die Entscheidung zu einer Obduktion zur Befundklärung, ja nein

die Entscheidung in eine Organspende, ja nein

(Raum für weitere individuelle Regelungen)

⇒ Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meinen Bevollmächtigten über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären, um ihm seine Entscheidung im gesundheitlichen Bereich zu ermöglichen. **Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht!**

Unter anderem gilt die Vollmacht im vermögensrechtlichen Bereich für:

auf meinen Namen lautende Konten bei Banken und Sparkassen um Geldbeträge abzuheben oder Überweisungen vorzunehmen, um einen Krankenhausaufenthalt oder den Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der durch Versicherung nicht gedeckten Arztkosten sowie den laufenden Mietzins für meine Wohnung und sonstige laufende Unkosten zu bezahlen, ja nein

den Abschluss von Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen, ja nein

für den Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern, ja nein

Anträge auf Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie auf Sozialhilfe zu stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtsweg zu verfolgen, ja nein

die Regelung meiner sonstigen finanziellen Angelegenheiten. ja nein

(Raum für weitere individuelle Regelungen)

Tritt die Notwendigkeit der Einsetzung eines Betreuers ein (z.B. Immobilienverkauf), bitte ich die oben Genannten zu bestellen. ja nein

Mir ist bekannt, dass diese Vollmacht von mir widerrufen werden kann.

Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Anmerkungen

zur Patientenverfügung

- ⇒ Die beigegefügte Patientenverfügung ist ein Muster. Sie können diese als Formular verwenden. Eine handschriftliche Form ist nicht erforderlich.
- ⇒ Diese Patientenverfügung muss immer in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung oder einer Vollmacht erstellt werden.
- ⇒ Mit einer Patientenverfügung legen Sie Ihre medizinischen Behandlungsmaßnahmen fest, damit es zukünftig keine Zweifel an Ihrem jetzigen Willen gibt.
- ⇒ Als bezeugende Person hat sich in der Praxis der Hausarzt bewährt. Eine notarielle Bestätigung ist nicht erforderlich.
- ⇒ Eine regelmäßige Kontrolle des Inhaltes ist nicht erforderlich, da der Bevollmächtigte erst zum Zeitpunkt der Maßnahme entscheiden muss.

Patientenverfügung

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße: _____ Wohnort: _____

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine medizinischen Behandlungsmaßnahmen mitbestimmen zu können, verfüge ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte:

- An mir sollen keine lebenserhaltenden Maßnahmen (z.B. Wiederbelebung, Beatmung und Dialyse) vorgenommen werden **ja** **nein**
- Ich wünsche weitest gehende Beseitigung von Begleitsymptomen, insbesondere von Schmerzen (Betäubungsmittel); eine damit unter Umständen verbundene Lebensverkürzung nehme ich in Kauf **ja** **nein**
- Ich wünsche keine Behandlung von eventuell auftretenden Begleiterkrankungen **ja** **nein**
- Eine Behandlung soll abgebrochen werden **ja** **nein**
- Ich wünsche mir Beistand durch die Hospiz -Initiative **ja** **nein**
- Ich wünsche mir persönlichen Beistand durch _____ **ja** **nein**
- Ich wünsche mir geistlichen Beistand **ja** **nein**
- Ich wünsche, dass mein Hausarzt, Herr/ Frau _____ verständigt wird **ja** **nein**
- Mit einer Obduktion zur Befundklärung bin ich einverstanden **ja** **nein**
- Mit einer Organentnahme zum Zweck der Transplantation bin ich einverstanden. **ja** **nein**

Ort, Datum, Unterschrift der Person

Ich bestätige, dass Frau/ Herr _____
die Vollmacht/ Patientenverfügung im Vollbesitz ihrer/ seiner geistigen Kräfte verfasst hat.

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes/ in, Stempel