

# NIEDERSCHRIFT

meiner Vorsorgevollmacht (Seite 1 & 2), Betreuungsverfügung (Seite 3 & 4)  
und Patientenverfügung (Seite 5, 6 & 7)

## Niederschrift durchgeführt von

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Original hinterlegt bei

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Kopie hinterlegt bei

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Anrede  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

# VORSORGEVOLLMACHT

## Hiermit bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_  
 Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Datum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer

folgende Personen

### 1a. Frau/Herrn,

\_\_\_\_\_  
 Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Datum Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Telefon

\_\_\_\_\_  
 Mobil

oder

### 1b. Frau/Herrn,

\_\_\_\_\_  
 Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Datum Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
 Telefon

\_\_\_\_\_  
 Mobil

mich in meinen Vermögens-, Renten- oder Versorgungs-, Steuern und sonstigen Rechtsangelegenheiten zu vertreten. Im Rahmen dieser Vollmacht soll insbesondere mein Vermögen verwaltet werden. Verfügungen über Konten und Depots sind in dem gleichen Umfang zulässig, wie dieses bei dem jeweils betreffenden Kreditinstitut im Rahmen der dort allgemein geltenden Bankvollmacht geregelt ist. Mit erfasst sind Verfügungen über Sachgegenstände – auch Immobilien – und Verpflichtungen diesbezüglich. Zu beachten ist dabei, dass diese Vollmacht nicht notariell beurkundet werden muss, auch nicht bezüglich der Immobilien, da sie widerruflich ist (siehe Kommentare zu §§ 128, 167 II. BGB; siehe dazu aber die Ausführungen „Zusatz zur Vorsorgevollmacht“).

Mit erfasst sind die rechtliche Fähigkeit, einen Heimunterbringungsvertrag abzuschließen (§ 1906 Abs. 1+4 BGB) und mein Mietverhältnis aufzulösen, dazu zählt auch die ausdrückliche Befugnis, in den Einsatz von freiheitsbeschränkenden „mechanischen Vorrichtungen“ (z. B. Einsatz einer Therapieplatte am Stuhl/Rollstuhl oder von Gurten etc.) einzuwilligen, nicht einzuwilligen bzw. erteilte Einwilligungen zu widerrufen, ebenso, wie die Einwilligung bzw. Nichteinwilligung oder der Widerruf in ärztliche Eingriffe, Heilbehandlungen oder in die Untersuchung meines Gesundheitszustandes (§ 1904 Abs. 1–4 BGB).

Die Vollmacht soll nur dann gelten, wenn der Bevollmächtigte das Original der Vollmacht vorlegt. Untervollmacht soll nicht erteilt werden. Die Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Auftragsverhältnis sollen auch nach meinem Tod in Kraft bleiben und zwar so lange, bis der/die Erben die Vollmacht widerrufen. Im Übrigen ist diese Vollmacht zu Lebzeiten stets widerruflich.

Die Vollmacht schließt für die Bevollmächtigten deren Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB ein.

**Sollte der/die von mir benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, den dieser Vollmacht zugrunde liegenden Auftrag auszuüben, so benenne ich als Ersatzperson:**

**2. Frau/Herrn,**

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Datum Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon Mobil

Im Außenverhältnis gilt aber auch diese Vollmacht/Ersatzvollmacht sofort (ohne Einschränkung).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfassers (Vollmachtgebers)

**Ich erkläre mich mit der Übernahme der Stellvertretung einverstanden:**

**Bevollmächtigte/r**

**zu 1a**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vollständiger Name

**Bevollmächtigte/r**

**zu 1b**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vollständiger Name

**Bevollmächtigte/r**

**zu 2**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vollständiger Name

# BETREUUNGSVERFÜGUNG

für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit

\_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
 Verfasser (Vor- und Nachname) Datum

## Vollmacht

Sollte ich auf Grund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können, so bevollmächtige ich gemäß den §§ 1896 II 2,185, ff des BGB, hiermit als meinen gesetzlichen Vertreter:

1. \_\_\_\_\_  
 Vor- und Nachname  
 geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 Datum Postleitzahl und Ort  
 \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon Mobil

Die/Der Bevollmächtigte kennt den Inhalt meiner Vollmacht (siehe Seite 1 und 2 von 7) und hat eingewilligt, für mich und an meiner Stelle und ohne Einschaltung des Betreuungsgerichtes für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit, Entscheidungen in meinem Sinne zu treffen und auszuführen.

Ich verpflichte die/den Bevollmächtigte/n sich an meiner vorsorglichen Verfügung auf den Seiten Nr. 5 bis 7 (Patientenverfügung) zu orientieren.

Sollte die/der von mir genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich:

2. \_\_\_\_\_  
 Vor- und Nachname  
 geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 Datum Postleitzahl und Ort  
 \_\_\_\_\_  
 Straße und Hausnummer  
 \_\_\_\_\_  
 Telefon Mobil

Sollte es schwierig sein, meine geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Medizinern, Pflegenden, Betreuern und Familienangehörigen kommt, dann soll die letzte Entscheidung bei den von mir in dieser Vorsorgevollmacht genannten Bevollmächtigten liegen.

**Bestätigung und Unterschrift**

Ich bestätige meine vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung vom \_\_\_\_\_ und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Solange ich bei Bewusstsein bin und klar entscheiden kann, sollen die mich behandelnden Ärzte sich vergewissern, ob diese Betreuungsverfügung noch in vollem Umfang gilt.

Sollte ich jedoch nicht mehr entscheidungsfähig oder zustimmungsfähig sein oder sollte eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit in ihre letzten Stadien treten oder ein unumkehrbarer Sterbeprozess beginnen, dann erwarte ich, dass ich meinen Wünschen, Werten und Verfügungen entsprechend menschlich und medizinisch behandelt werde. Insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt, in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einzuwilligen bzw. nicht einzuwilligen oder eine Einwilligung zu widerrufen (§ 1904 Abs. 5 S.2 n.F.BGB), obwohl dieses medizinisch angezeigt ist, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger andauernden Schaden erleide (§ 1904 BGB). Weiter kann der Bevollmächtigte entscheiden, ob bei schweren Beeinträchtigungen meines Gesundheitszustandes mit aussichtsloser Prognose lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen vorgenommen oder fortgesetzt werden.

Die Betreuungsverfügung habe ich freiwillig, nach reiflicher, langer Überlegung, vielen Gesprächen und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls die nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Ich werde  Kopien  Originale

dieser Betreuungsverfügung der von mir Bevollmächtigten, meinen nächsten Angehörigen, meinem Hausarzt und sofern ich betreut lebe, der Leitung des Hauses übergeben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfassers

Ich kenne den Inhalt der Betreuungsverfügung vom \_\_\_\_\_ und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

**Person zu 1.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vollständiger Name

**Person zu 2.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vollständiger Name

# PATIENTENVERFÜGUNG

## Vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit.

### Verfasser

Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Datum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

### Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen

Alles Leben, auch mein Leben, hat einen Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so soll der/die hier benannte Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächsten Angehörigen meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen. Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen würden. Vor allem wünsche ich, dass natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbare zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher bewertet werden als die technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

### Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbar tödlich verlaufenden Krankheit befinde, wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin oder wenn ich an unerträglichen Schmerzen leide, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um mitmenschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den Lauf der Natur des Sterbeprozesses und das Verlöschen meines Lebens unternommen wird. Gleichzeitig bitte ich aber, alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie zu nutzen und dafür zu sorgen, dass ich ohne körperliche und seelische Schmerzen und Leiden bin. Wenn möglich, möchte ich in einer mir vertrauten Umgebung meine letzten Tage und Stunden verbringen.

Insbesondere treffe ich folgende Verfügung:

### Schmerztherapie

Ich wünsche eine wirksame Behandlung quälender und unangenehmer Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Übelkeit und Erbrechen, selbst wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde, selbst wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, auch das Bewusstsein verliere, selbst wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird.

### Künstliche Beatmung

Ich wünsche keine künstliche Beatmung und keine Wiederbelebung, auch wenn mein Herz zum Stillstand kommen sollte und auch keine künstliche Ernährung, wenn dieses nach ärztlichem Ermessen nur eine unnötige Verlängerung des Sterbeprozesses bedeutet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfassers

## Vollmachten

1. Im Falle eines Unfalls, einer Verletzung oder einer Krankenhauseinweisung ist sofort:

**1a. Frau/Herr** \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname

oder \_\_\_\_\_

Telefon

Mobil \_\_\_\_\_

**1b. Frau/Herr** \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname

ersatzweise \_\_\_\_\_

Telefon

Mobil \_\_\_\_\_

**2. Frau/Herr** \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

zu benachrichtigen und über meinen Zustand zu informieren. Die behandelnden Ärzte befreie ich ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Dieselben Personen bevollmächtige ich weiter an meiner Stelle mit den behandelnden Ärzten alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen und Zustimmung zu medizinischen Eingriffen zu erteilen, zu widerrufen oder zu verweigern, wenn ich selbst zur Willensbildung und Willensäußerung außerstande bin. Ebenfalls erteile ich denselben Personen die ausdrückliche Befugnis, in den Einsatz von freiheitsbeschränkenden „mechanischen Vorrichtungen“ (z. B. Einsatz einer Therapieplatte am Stuhl/Rollstuhl oder von Gurten etc.) einzuwilligen, nicht einzuwilligen bzw. erteilte Einwilligungen zu widerrufen (§ 1906 Abs. 4 BGB).

Die Vertrauensperson soll meinen Willen entsprechend der vorstehenden Patientenverfügung einbringen.

**Und zum Schluss noch eine Anmerkung:**

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird (BGH ZEV 2016, 649 RN 35; NJW 2017,9).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfassers

Zur Übernahme der auf Seite 5 und Seite 6 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

**Person zu 1a.** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
vollständige Unterschrift

Zur Übernahme der auf Seite 5 und Seite 6 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

**Person zu 1b.** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
vollständige Unterschrift

Zur Übernahme der auf Seite 5 und Seite 6 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

**Person zu 2.** \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
vollständige Unterschrift

# BESTÄTIGUNG

meines (Haus-) Arztes

Ich bestätige, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_ Verfasser der Vorsorgevollmacht,  
Betreuungsverfügung und Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ eigenhändig unterschrieben hat und  
dass ich an ihrer/seiner Fähigkeit zu einer freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
vollständige Unterschrift des (Haus-) Arztes

\_\_\_\_\_  
Name des (Haus-) Arztes

\_\_\_\_\_  
Anschrift



## Zusatz zur Vorsorgevollmacht

Grundsätzlich bedarf, anders als in vielen Vorsorgeformularen geschrieben, die widerrufliche Vollmacht selbst dann keiner notariellen Beurkundung, wenn der Stellvertreter auch Immobiliengeschäfte (z. B. Verkauf) tätigen soll/muss (§ 167 II BGB); die Vollmacht muss nur dann notariell sein, wenn sie unwiderruflich ist.

In vielen Gerichten (Grundbuchämtern) ist es allerdings üblich, dass Sie beim Verkauf von Immobilien durch einen Stellvertreter/Bevollmächtigten wenigstens notariell beglaubigte Vollmachten benötigen (§§ 29,30 GBO); zu einem Verkauf kann es unter Umständen dann kommen, wenn man nach einer Heimeinweisung nicht in der Lage ist, dieses Heim mit seiner eigenen Rente oder seinen eigenen Ersparnissen zu bezahlen. Denn bevor dann der Staat zahlt, muss man sein eigenes Vermögen – bis auf einen Schonbetrag – verbrauchen!

Sollte dieser Fall also bei Ihnen vorliegen, machen Sie es wie folgt:

Sie vereinbaren einen Termin mit einem Notar Ihrer Wahl zwecks:

### 1) Notarieller Beglaubigung (§ 129 BGB)

d. h. auf S. 2 von 7 unterschreiben Sie mit Ihrem Namen erst dann, wenn Sie bei einem Notar sitzen, damit dieser Ihre Unterschrift beglaubigen kann; alle anderen Seiten machen Sie aber komplett mit Unterschrift fertig

oder

### 2) Notarieller Beurkundung (§ 128 BGB)

d. h. hier fertigt der Notar die gesamte Urkunde; Sie müssen nichts tun]

Wenn Sie jetzt noch zusätzlich auf „Seite 7 von 7“ Ihren Arzt unterschreiben lassen – ist diese Urkunde für diesen Fall perfekt! Denn dann akzeptieren auch die Grundbuchämter/Banken zum Beispiel den Verkauf Ihrer Immobilie durch den Stellvertreter.

Lt. Neuester Rechtssprechung (OLG Karlsruhe, FGPrax 2016,10) genügt eine von der Betreuungsbehörde öffentlich beglaubigte Vorsorgevollmacht auch den Anforderungen des § 29 GBO (s.o. 2.Absatz).

Klären Sie also zu Hause ab, welche Situation bei Ihnen persönlich einmal eintreten könnte und ob Sie zu einer notariellen Beglaubigung oder Beurkundung neigen. Sollten Sie, aus welchen Gründen auch immer, den Notar scheuen, verzichten Sie aber deswegen nicht ganz auf die Erstellung der vorliegenden Urkunde. Gehen Sie dann zu einer Behörde (z. B. Rathaus, Kreishaus), die Beglaubigungen vollzieht oder unterschreiben Sie auf jeden Fall auf „Seite 2 von 7“ bei der Vollmachtsurkunde selber und holen Sie sich die Unterschrift des Hausarztes auf „Seite 7 von 7“.