

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

---

## GENERALVOLLMACHT UND BETREUUNGSVERFÜGUNG

Sollte ich infolge schwerer körperlicher oder psychischer Erkrankung in meiner Entscheidungsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt sein, so dass ich meine persönlichen und finanziellen Angelegenheiten, auch soweit sie meine Gesundheit und meinen Aufenthalt betreffend, oder Rechtsangelegenheiten nicht mehr selbst besorgen/entscheiden kann oder will, so bevollmächtige ich meine/meinen

Ehefrau/Ehemann    Lebensgefährtin/te    Tochter/Sohn    Schwester/Bruder    Tante/Onkel

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ geborene: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

oder im Verhinderungsfall Name/Vorname: \_\_\_\_\_ geborene: \_\_\_\_\_  
Herr/Frau

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

mich in allen Angelegenheiten, einschließlich meiner Vermögensangelegenheiten, rechtsgeschäftlich zu vertreten. Ich befreie vorgenannte Person oder Personen von den Beschränkungen des § 181 Bürgerlichen Gesetzbuches. Seine/Ihre Handlungen und Rechtsgeschäfte haben die gleiche Wirkung, als wenn ich sie selbst ausführen würde.

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, Erklärungen (Zustimmungen und Verweigerungen) bei ärztlichen Behandlungen abzugeben. Ich entbinde hierfür meine Ärzte gegenüber den Bevollmächtigten von der ärztlichen Schweigepflicht.

Bei Zustimmung zu medizinischen Eingriffen verfüge ich:

- das alle Maßnahmen mit den Ärzten intensiv beraten werden,
- dass lebensverlängernde Maßnahmen nur angewandt werden, wenn gute Aussichten bestehen, dass sich mein Zustand entscheidend verbessert,
- mein Betreuer soll jederzeit Zugang zu mir haben,
- \_\_\_\_\_

Ich wünsche keine Verlängerung meines Leidens oder Sterbens durch die Intensivmedizin, wenn 2 Ärzte bestätigen, dass keine Heilung oder Besserung meiner Krankheit mehr möglich ist. Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte meine Ärzte, mir dabei zu helfen.

Diese Vollmacht gilt nur, wenn der Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht vorlegen kann.

Die Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte oder wenn ich nicht mehr lebe.

Sollte gleichwohl eine **Gesetzliche Betreuung** erforderlich werden, verfüge ich, dass

Herr/Frau: \_\_\_\_\_

oder im Verhinderungsfall Herr/Frau: \_\_\_\_\_

vom Amtsgericht/Familiengericht zum gesetzlichen Betreuer bestellt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Die Unterschrift ist von einem Notar oder vom Ortsgericht zu bestätigen!!!