

Vorsorgevollmacht

Ich,

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

bevollmächtigte ohne Zwang und aus freiem Willen

Frau

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

soweit gesetzlich möglich, mich in allen persönlichen Angelegenheiten, auch soweit sie meine Gesundheit betreffen, zu vertreten.

Mein(e) *Ehefrau/Ehemann/Sohn/Tochter/Freund* kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben (wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe) und genießt mein volles Vertrauen. Sie darf in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich an dieser Behandlung sterben oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Insbesondere ist die Stellvertretung zur Entscheidung über die folgenden mir gegenüber erforderlich werdenden Maßnahmen von dieser Vollmacht umfasst:

- Die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim oder Hospiz, in einer geschlossenen Anstalt, Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine ähnliche Einrichtung;
- Eine Maßnahme nach § 1906 Abs. 1 BGB, eine Unterbringung, die zu meinem Wohl erforderlich ist, weil aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass ich mich selbst töte oder erhebliche Gefahr besteht, dass ich mir gesundheitlichen Schaden zufüge, oder eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, oder meine Unterbringung nicht durchgeführt werden kann und ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit einer solchen Unterbringung nicht kennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- Eine Maßnahme nach § 1906 Abs. 4 BGB, ich mich also in einer Anstalt, einem Heim oder sonstigen Einrichtung aufhalte, ohne dort untergebracht zu sein, und mir die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise entzogen werden soll.
- Maßnahmen nach § 1904 Abs. 1 BGB, also die Einwilligung in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, wenn die be-

gründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund dieser Maßnahme versterben oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden kann.

- Die Entscheidung über die Verabreichung von Medikamenten, die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen oder gar eine Lebensverkürzung zur Folge haben oder haben können.
- Die Entscheidung darüber, ob bei einem voraussichtlich länger andauernden Zustand der Bewusstlosigkeit (Wachkoma) eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr eingeleitet oder abgebrochen wird.
- Die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, wenn das Grundleiden mit infauster Prognose irreversiblen Verlauf genommen hat und ich mich in einem Zustand befinde, in dem ein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung nicht mehr möglich ist. Zu den lebenserhaltenden Maßnahmen gehören insbesondere künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Sauerstoffzufuhr, künstliche Beatmung, Medikation, Bluttransfusion und Dialyse.
Sie kann hierzu in die Krankenunterlagen einsehen und alle Auskünfte und Informationen von den behandelnden Ärzten und dem Krankenhaus verlangen; diese werden von der Schweigepflicht entbunden.
- Die Entscheidung darüber, ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen.
- Die Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewusstlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene ärztliche und pflegerische Betreuung zukommen lassen, die zugleich auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst. Die Kontrolle bezieht sich auch auf eine Sterbebegleitung und die Leithilfe, die Ärzte und Pflegepersonal verpflichtet, Schmerz, Atemnot, unstillbarem Brechreiz, Erstikungsangst oder vergleichbar schweren Angstzuständen entgegenzuwirken, selbst wenn mit diesen palliativen Maßnahmen das Risiko einer Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen werden kann.

Die bevollmächtigte Person darf in meinem Namen auch bereits erteilte Einwilligungen zurücknehmen oder Einwilligungen verweigern, Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte, Pflegepersonen und andere Personen, die der Schweigepflicht unterliegen gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Koblenz, 05.06.2003

Unterschrift des Vollmachtgebers

Unterschrift der Bevollmächtigten

Diese Vollmacht entspricht nach wie vor meinem Willen:

Koblenz, _____

Koblenz, _____

Koblenz, _____

Koblenz, _____

Koblenz, _____