



Betreuungsstelle



Vollmachten



Ruhrfestspielstadt
RECKLINGHAUSEN

Kinder- und familienfreundliche Stadt

Vorwort

Viele Mitmenschen meinen, dass sie durch nahe Familienangehörige rechtlich vertreten werden dürfen, wenn sie dazu als Folge von Krankheiten oder Behinderung plötzlich selbst nicht mehr in der Lage sind. Selbstverständlich gehört es zu den naheliegendsten Annahmen, dass die Familie in Notsituationen zusammenhält und sich gegenseitig unterstützt. Es muss jedoch an dieser Stelle deutlich zum Ausdruck gebracht werden, dass die rechtliche Vertretung, falls man dazu selbst nicht mehr in der Lage ist, nicht automatisch dem Ehe- oder Lebenspartner, den erwachsenen Kindern oder Eltern zufällt. Es ist daher sinnvoll, durch eine eigene bekundete Willenserklärung Vorsorge für den Fall des Notfalls zu treffen. Da eine solche Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung ähnlich dem Testament durchdacht und richtig aufgesetzt sein will, möchte Ihnen die Betreuungsbehörde der Stadt Recklinghausen mit diesem Musterexemplar Hilfestellung geben.

Für weitere Informationen zu diesem wichtigen Thema stehen Ihnen unsere Fachkräfte, siehe unten, in der Betreuungsstelle gerne zur Verfügung.

Beim Erstellen der Patientenverfügung empfehlen wir die Beratung durch den Hausarzt.



Georg Möllers
Beigeordneter



Volker Hülsmann
Fachbereichsleiter

Die Betreuungsstelle finden Sie am Rathausplatz,
45665 Recklinghausen.

Ihre Ansprechpartnerinnen sind:

Frau Lüneburg
Telefon 02361/50-2447

Frau König-Paschke
Telefon 02361/50-2185

Frau Sommer
Telefon 02361/50-2208

VOLLMACHT

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname)

Geburtsdatum _____

Anschrift:

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Sollte ich aufgrund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können, so bevollmächtige ich gemäß §§ 1896 II 2, 185, 164 ff des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) hiermit als meinen Vertreter

1. _____
(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

(Verwandtschaftsgrad/Bekanntschftsverhältnis)

Für den Fall der tatsächlichen oder sonstigen Verhinderung des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten

Frau/Herrn _____
(Name, Vorname)

bevollmächtige ich

2.

Frau/Herrn _____
(Name, Vorname)

(Geburtstag)

(Anschrift)

(Telefon/Telefax)

(Verwandtschaftsgrad/Bekanntschftsverhältnis)

3.

Frau/Herrn _____
(Name, Vorname)

(Geburtstag)

(Anschrift)

(Telefon/Telefax)

(Verwandtschaftsgrad/Bekanntschftsverhältnis)

Diese Vertrauensperson/Vertrauenspersonen wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

ja

nein

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil(-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn ich an einer solchen Behandlung sterben könnte oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson/en von der Schweigepflicht.
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Achtung: freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen müssen vom Betreuungsgericht genehmigen werden.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

ja

nein

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.
- Regelungen von Heimvertragsangelegenheiten
- Regelungen von teilstationären Aufenthalten und Tagesstätten

Post- und Fernmeldeverkehr

ja

nein

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Behörden

ja

nein

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Vermögenssorge

ja

nein

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, insbesondere
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
 - die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung wahrnehmen
 - Verbindlichkeiten eingehen, insbesondere Darlehens- und sonstige Kreditverträge abschließen
 - mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen
 - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten
 - in meinem Namen Verträge abschließen
 - gerichtliche und außergerichtliche Vertretung, auch die Beauftragung eines Rechtsanwaltes wahrnehmen

(Achtung: Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

Der Nachweis der krankheitsbedingten Unfähigkeit, meine eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise zu regeln, erfolgt (bitte nur ein Feld ankreuzen)

durch Vorlage dieser Vollmacht

ODER

durch Vorlage eines ärztlichen Attestes über das Bestehen meiner Erkrankung

Diese Vollmacht soll gelten über den Tod hinaus, solange sie nicht durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen wird.

(Ort, Datum und Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers)

Von der Betreuungsstelle auszufüllen

Die Unterschrift von

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(wohnhaft)

ausgewiesen durch

(Personalausweis, Reisepass, Führerschein)

ist vor der Urkundsperson vollzogen worden. Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

Beglaubigung durch die Betreuungsstelle der Stadt Recklinghausen

(Datum, Unterschrift, Beglaubigungsstempel)

Ich kenne den Inhalt dieser Vollmacht/Betreuungsverfügung und bin bereit, die Bevollmächtigung bzw. im Bedarfsfall das Amt des rechtlichen Betreuers zu übernehmen.

(Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten)

(Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten)

(Datum und Unterschrift des Bevollmächtigten)

Betreuungsverfügung

ja

nein

Falls trotz meiner Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorab bezeichnete/n Vertrauensperson/en, in der von mir gewählten Reihenfolge als Betreuer zu bestellen.

(Ort, Datum und Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum und Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

(Ort, Datum und Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

(Ort, Datum und Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)

Von der Betreuungsstelle auszufüllen

Die Unterschrift von

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(wohnhaft)

ausgewiesen durch

(Personalausweis, Reisepass, Führerschein)

ist vor der Urkundsperson vollzogen worden. Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

Beglaubigung durch die Betreuungsstelle der Stadt Recklinghausen

(Datum, Unterschrift, Beglaubigungsstempel)

Überprüfung und Bestätigung der Vollmacht/Betreuungsverfügung

Es empfiehlt sich, diese Verfügung alle 2-5 Jahre durch Unterschrift zu bestätigen bzw. bei Änderungswünschen zu korrigieren.

1. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

2. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

3. _____
(Datum der Überprüfung)

(Änderungen)

(Unterschrift des Vollmachtgebers)

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
liebe Mitbürgerin und lieber Mitbürger,

bisher galt eine Patientenverfügung erst im Fall des unmittelbaren Sterbeprozesses.

Nunmehr stellt der Gesetzgeber klar, dass es für die Beachtung und Durchsetzung des Patientenwillens nicht auf Art und Stadium der Erkrankung ankommt.

Die behandelnden Ärzte sind an ihre Patientenverfügung gebunden.

Für das Erstellen einer Patientenverfügung ist ihre Einwilligungsfähigkeit erforderlich und setzt somit ihren freien Willen voraus. Ihre Patientenverfügung ist die Wahrnehmung ihres Rechts auf Selbstbestimmung.

Allgemein wird empfohlen:

- eine Beratung durch den Hausarzt in Anspruch zu nehmen und die Patientenverfügung von diesem bestätigen zu lassen
- Ihre Vertrauensperson sowie ihre Ärzte sollten Kenntnis von ihrer Patientenverfügung haben und auch wissen, wo Sie diese aufbewahren
- eine Patientenverfügung sollte immer mit einer Vorsorgevollmacht gekoppelt sein
- Ihre Patientenverfügung sollten Sie alle 2 bis 5 Jahre durch Unterschrift und Datum bestätigen, gegebenenfalls auch Änderungen vornehmen
- Bedenken Sie, dass sich Ihre Vorstellungen davon, was ein lebenswertes Leben ist, im Laufe Ihres Alterungsprozesses ändern kann und eine nicht aktualisierte Patientenverfügung Zweifel bei einem Arzt und Dritten weckt
- Nutzen Sie das Beiblatt, um Ihre individuellen Wünsche zu formulieren

Das Erstellen einer Patientenverfügung ist freiwillig. Ihre Patientenverfügung kann, wie alle Vollmachten und Verfügungen, jederzeit widerrufen werden.

Die Betreuungsstelle der Stadt Recklinghausen

PATIENTENVERFÜGUNG

Ich

(Name, Vorname, geboren am)

(wohnhaft in)

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann...

1. Exemplarische Situationen, für die die Verfügung gelten soll

Wenn

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und das ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen.
- Eigene Beschreibung der Anwendungssituationen:

2. In allen unter Punkt 1 beschriebenen Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen

2.1 Lebenserhaltende Maßnahmen

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
- auch fremde Gewebe und Organe zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.

ODER

- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund- und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.

2.2 Schmerz- und Symptombehandlung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

ODER

- wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.
- die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

2.3 Künstliche Ernährung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird.

ODER

- dass keine künstliche Ernährung unabhängig von der Form der Zuführung der Nahrung (z. B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) erfolgt.

2.4 Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

eine künstliche Flüssigkeitszufuhr.

ODER

die Reduzierung künstlicher Flüssigkeitszufuhr nach ärztlichem Ermessen.

ODER

die Unterlassung jeglicher künstlicher Flüssigkeitszufuhr.

2.5 Wiederbelebung

A. In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung.

ODER

die Unterlassung von Versuchen zur Wiederbelebung.

dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

B. Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.

ODER

lehne ich die Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

2.6 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

2.7 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

ODER

dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

3. Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

ODER

wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

ODER

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Ich möchte

Beistand durch folgende Personen:

Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

hospizlichen Beistand.

4. Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein(e) Vertreter(in) – z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) – soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter (z. B. Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in)) erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

(Alternativen)

meiner/meinem Bevollmächtigten.

meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

andere Person: _____

Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte/das Behandlungsteam/mein(e) Bevollmächtigte(r)/Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

(Alternativen)

meiner/meinem Bevollmächtigten.

meiner Betreuerin/meinem Betreuer.

der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

andere Person: _____

5. Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

Bevollmächtigte(r)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt (*ggf.*: und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/dem von mir gewünschten Betreuerin/Betreuer besprochen).

Gewünschte(r) Betreuerin/Betreuer

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

6. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

7. Schlussformel

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.

8. Schlussbemerkungen

- Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt.
- Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst.
- Ich habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

9. Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch:

und beraten lassen durch

10. Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____

wurde von mir am _____

bzgl. der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.

Er/sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Datum _____

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes

11. Aktualisierung

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von (Zeitangabe) _____ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:
(Alternativen)

in vollem Umfang.

mit folgenden Änderungen:

Datum _____

Unterschrift _____

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig (z. B. alle zwei bis fünf Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt. Eine ärztliche Beratung ist empfehlenswert, aber nicht verpflichtend.

Ort	Datum	Unterschrift

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name	Anschrift	Telefon

Zum Herausschneiden

Hinweis auf bestehende Verfügungen

VORSORGEHINWEIS			
Mein Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße			
PLZ		Ort	
Mein Telefon		Unterschrift	
Von den Ärzten wünsche ich Rücksprache mit den nebenstehenden Personen meines Vertrauens. Diese kennen die Vorgaben und den Aufbewahrungsort meiner:		<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung <input type="checkbox"/> Patientenverfügung	

Meine Vertrauenspersonen:			
Name, Vorname			
Straße		Telefon	
PLZ		Ort	
Name, Vorname			
Straße		Telefon	
PLZ		Ort	