



Frei nach Vorlagen des Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Stand: März 2018

# Patientenverfügung

## 2.1 Eingangsformel

Ich

---

bestimme hiermit für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, wie dann zu verfahren ist.

## 2.2 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
- 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 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 dass ein Aufwachen aus diesem Zustand

nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist<sup>1</sup>.

- 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 zu nehmen<sup>2</sup>.

## **2.3 Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen**

### **2.3.1 Lebenserhaltende Maßnahmen**

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- 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.

### **2.3.2 Schmerz- und Symptombehandlung<sup>3</sup>**

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

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

<sup>1</sup> Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Wachkoma-Patienten nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.

<sup>2</sup> Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

### 2.3.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr<sup>4</sup>

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>5</sup> zur Beschwerdelinderung erfolgen.

### 2.3.4 Wiederbelebung<sup>6</sup>

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Unterlassung von Versuchen der Wiederbelebung.
- ,dass eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt wird bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.

### 2.3.5 Künstliche Beatmung

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- 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.

### 2.3.6 Dialyse

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

---

<sup>3</sup> Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sog. indirekte Sterbehilfe).

<sup>4</sup> Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt praktisch ausnahmslos für Sterbende und wahrscheinlich auch für Wachkoma-Patientinnen oder -Patienten. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert werden. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter [www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php](http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/leitfaden.php)).

<sup>5</sup> Palliativmedizin ist die medizinische Fachrichtung, die sich primär um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen kümmert. Eine palliativmedizinische Indikation setzt daher immer das Ziel der Beschwerdelinderung und nicht das Ziel der Lebensverlängerung voraus.

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

### 2.3.7 Antibiotika

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>5</sup> zur Beschwerdelinderung.

### 2.3.8 Blut/Blutbestandteile

In den oben beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation<sup>5</sup> zur Beschwerdelinderung.

### 2.4 Ort der Behandlung, Beistand

Ich möchte

- wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
- für den Fall, dass dies nicht möglich ist oder meine Pflege für meine Angehörigen eine zu hohe Belastung darstellt möchte ich im Hospiz versterben.

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

---

---

---

---

<sup>6</sup> Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche (ggf. zu streichen):

---

- Ggf. auch durch hospizlichen Beistand.

## 2.5 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

---

---

---

## 2.6 Aussagen zur Verbindlichkeit, zur Auslegung und Durchsetzung und zum Widerruf der Patientenverfügung

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreter – bzw. Bevollmächtigten – sollen dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille 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 meinen Vertretern bzw. Bevollmächtigten erwarte ich, dass sie die weitere Behandlung so organisieren, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, 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 in der genannten Reihenfolge besondere Bedeutung zukommen:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

- 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/meine Bevollmächtigten, 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 in der nachfolgend genannten Reihenfolge besondere Bedeutung zukommen:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

## 2.7 Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen

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

Bevollmächtigter:

Name: \_\_\_\_\_

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

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich habe eine Betreuungsverfügung zur Auswahl des Betreuers erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit dem von mir gewünschten Betreuer besprochen. Gewünschter Betreuer

Name: \_\_\_\_\_

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

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

## 2.8 Organspende (nichtzutreffendes bitte streichen)

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.
- Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu

## 2.9 Schlussformel<sup>7</sup>

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

## 2.10 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.

<sup>7</sup> Die Schlussformel dient dazu, darauf hinzuweisen, dass der Ersteller der Patientenverfügung unter den beschriebenen Umständen keine weitere ärztliche Aufklärung wünscht. Diese Aussage ist besonders wichtig, da bestimmte ärztliche Eingriffe nur dann wirksam vorgenommen werden dürfen, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Aus der Patientenverfügung sollte sich ergeben, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

## 2.11 Information/Beratung

- Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert und beraten lassen durch

Dr. med. Jürgen Ganzer, Facharzt für Allgemeinmedizin

bzw.

Elena Hannig, Fachärztin für Allgemeinmedizin

## 2.13 Ärztliche Aufklärung/Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

---

wurde von mir am \_\_\_\_\_  
bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt.  
Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

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

---

Stempel der Ärztin/des Arztes



## 2.14 Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.
- Um meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- \_\_\_\_\_ in vollem Umfang.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vollmachtgeber

Bezeugt durch: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort

, am

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel

## 2.15 Aktualisierung meiner Willensbekundung zu dieser Erklärung

(wenn möglich alle 5 Jahre nach Verfassung der Verfügung gegenzeichnen)

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ort

Datum

Unterschrift

Ort

Datum

Unterschrift

Ort

Datum

Unterschrift

# Vorsorgevollmacht

Ich

\_\_\_\_\_  
(Vollmachtgeber/in) Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

**erteile hiermit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte Vollmacht an**

\_\_\_\_\_  
(bevollmächtigte Person) Name, Vorname

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.**

**Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.**

Nach dem Formular Vollmacht vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Stand: März 2018

Sollte die o.a. Person nicht zur Verfügung stehen soll die Vorsorgevollmacht in der u.a. Reihenfolge auf folgende Person/en übergehen

1.

\_\_\_\_\_  
(Vollmachtnehmer/in) Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

2.

\_\_\_\_\_  
(Vollmachtnehmer/in) Name, Vorname

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

3.

\_\_\_\_\_  
(Vollmachtnehmer/in) Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

4.

\_\_\_\_\_  
(Vollmachtnehmer/in) Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax, E-Mail

---

## Festlegung zum Umfang der Vorsorgevollmacht für den auf den Seiten 10-12 angegebenen Personenkreis:

### 1. Gesundheitsorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge  ja  nein  
entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
  
- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des  ja  nein  
Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).
  
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe  ja  nein  
an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie über  ja  nein  
meine freiheitsentziehende Unterbringung  
(§ 1906 Absatz 1 BGB)
- über freiheitsentziehende Maßnahmen  ja  nein  
(z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder  
in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)
- über ärztliche Zwangsmaßnahmen  ja  nein  
(§ 1906a Absatz 1 BGB)
- über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt  ja  nein  
in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme  
in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB) entscheiden

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  ja  nein
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag  ja  nein  
über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung  
wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen  ja  nein  
und kündigen.
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und  ja  nein  
Betreuungsvertragsgesetz  
(Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit  
Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals:  
Heimvertrag) abschließen und kündigen.

## 3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten-  ja  nein  
und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch  
die datenschutzrechtliche Einwilligung.

## 4. Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle  ja  nein  
Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen  ja  nein  
(bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen  ja  nein
- Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)  ja  nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2)  ja  nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.  ja  nein

**Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:** (bitte ggf. streichen)

---

---

## 5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die  ja  nein  
für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich

aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden.  
Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen  
(z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

## 6. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.  ja  nein

### Hinweis:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 der Broschüre „Betreuungsrecht“).
2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachterteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/ Sparkasse sicher eine Lösung finden.

## 7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.  ja  nein

## 8. Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.  ja  nein

## 9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.  ja  nein



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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der **Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers**

bzw. in dessen Vertretung in der nachfolgenden Reihenfolge:

1. \_\_\_\_\_

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

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

2. \_\_\_\_\_

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

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

3. \_\_\_\_\_

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

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

4. \_\_\_\_\_

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der **Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers**