



Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage befinden sich folgende Texte

1. Vorsorgevollmacht
2. Patientenverfügung
3. Betreuungsverfügung

Mit einer Vorsorgevollmacht bevollmächtigen Sie Personen Ihres Vertrauens, alle im Text aufgeführten Angelegenheiten zu regeln. Diese Verfügung kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Mit einer Patientenverfügung entscheiden Sie persönlich über die Durchführung von medizinischen und lebensverlängernden Maßnahmen.

Mit einer Betreuungsverfügung entscheiden Sie, wen das Vormundschaftsgericht im Betreuungsfall als Betreuer einsetzt. In einer Betreuungsverfügung kann auch festgelegt werden welche Person auf keinen Fall Ihre Betreuung übernehmen soll.

Alle diese Verfügungen sind von weitreichender Bedeutung. Bevor Sie diese Verfügungen für sich treffen, empfehlen wir Ihnen sich bei kompetenten Fachleuten nähere Informationen einzuholen.

Entsprechende Stellen sind z.B:

- Betreuungsstelle der Stadt Hamm Frau Schulz Tel. 0 23 81 / 17 62 54
- Katholischer Sozialdienst Hamm – Herr Ludger Meyer Tel. 0 23 81 / 9 24 51 17
- INI-Betreuungsbüro – Frau Ripsam Tel. 0 23 81 / 37 72 49
- **Rechtsanwälte und Notare in Hamm (gerne nennen wir Ihnen Ansprechpartner)**

Im Internet finden Sie Informationen zu den oben genannten Themen auf folgenden Web-Seiten:

www.justiz-nrw.de (Landesjustizministerium NRW)

www.bmj.bund.de (Bundesjustizministerium)

Hinweis: Alle gemachten Angaben sind nach bestem Wissen erstellt. Eine Haftung für die Richtigkeit der Angaben und nachfolgenden Mustertexte für Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung wird von uns nicht übernommen.

Makiol Bestattungshaus GmbH

Vorsorgevollmacht

des/der

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____ wohnhaft: _____

Hiermit bevollmächtige ich als Unterzeichner folgende Person:

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Beziehungsverhältnis: _____

wohnhaft: _____

mich in sämtlichen persönlichen, vermögensrechtlichen und behördlichen Angelegenheiten rechtlich zu vertreten.

Die Vollmacht umfasst auch die Abgabe und den Empfang von Willenserklärungen im Rechtsverkehr sowie die Vertretung gegenüber Behörden.

Sie erstreckt sich insbesondere auf die Bereiche

- finanzielle Angelegenheiten
- Gesundheitsfürsorge
- Entscheidungen, die mit einem Wechsel des tatsächlichen oder gewöhnlichen Aufenthaltes verbunden sind
- Wohnungsangelegenheiten, einschliesslich Auflösung der Wohnung

Der Bevollmächtigte ist befugt, notwendige Einwilligungserklärungen bei ärztlichen Eingriffen abzugeben, soweit ich nicht mehr einwilligungsfähig bin.

Die Vollmacht erstreckt sich auch auf die Einwilligung in freiheitseinschränkende Maßnahmen gemäß § 1906 Abs. 1 und Abs. 4 BGB (geschlossene Unterbringung in der Psychiatrie, Bettstreben, Sagofixgurt).

Die Vollmacht erstreckt sich nicht auf die Einwilligung in freiheitseinschränkende Maßnahmen. *

(* zutreffendes bitte ankreuzen und nicht zutreffendes streichen)

Diese Vollmacht soll in Kraft bleiben, auch wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte und auch über meinen Tod hinaus, bis die Erben ihrerseits Regelungen treffen können.

Diese Vollmacht kann jederzeit von mir durch eine einfache Erklärung widerrufen werden.

Ergänzungen oder Einschränkungen zu den Vorgaben:

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Hiermit wird bestätigt, dass der/die Unterzeichnende den Inhalt der vorstehenden Erklärung erfasst hat und sich über die Tragweite der Vollmacht bewusst ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Patientenverfügung

Vorschlag für die medizinische Behandlung im Falle einer schweren, unheilbaren Erkrankung oder eines Unfalles von

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Ort: _____

An meine Familie, meine Ärzte und das Vormundschaftsgericht.

Ich wünsche einen menschenwürdigen Tod und bitte meine Ärzte, mir dabei zu helfen.

Ich erkläre deshalb, dass ich mit einer Wiederbelebung oder Intensivbehandlung nicht einverstanden bin, falls ich dauerhaft bewusstlos bin oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen.

Ich möchte, dass die Behandlung eingestellt wird, wenn feststeht, dass ich kein menschenwürdiges Leben mehr führen kann und meine Schädigung nicht mehr zu beheben ist.

Ich bitte darum, im Falle einer zum Tode führenden Krankheit von allen lebensverlängernden Maßnahmen abzusehen, insbesondere lehne ich ein Leben in Abhängigkeit von Maschinen, Schläuchen oder Ähnlichem ab.

Ich fordere, dass man die notwendigen Medikamente anwendet, die mich von Schmerzen und grosser Belastung befreien, auch wenn dadurch der Augenblick meines Todes früher eintreten würde.

* Ich weise darauf hin, dass ich nachfolgend genannte Person bereits im Wege eine Vorsorgevollmacht ermächtigt habe, für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben:

* Ich bevollmächtige die nachfolgend genannte Person für mich die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen zu geben:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Telefon:** _____

Straße / Ort: _____

Eine Kopie dieser Erklärung befindet sich bei meinen Ausweispapieren. Das Original ist hinterlegt:

* bei folgender Person meines Vertrauens:
(Bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer angeben)

* bei meinem Rechtsanwalt / Notar: _____ in _____

* bei meinem Hausarzt: _____ in _____

Hamm, _____ **Unterschrift:** _____

Erläuterung:

* Zutreffendes ist anzukreuzen

Betreuungsverfügung

Name, Geburtsdatum, Anschrift

Für den Fall, dass für mich eine gesetzliche Vertretung (Betreuung) eingerichtet werden muss, möchte ich, dass folgende Person(en)

Name, Adresse

diese Aufgabe übernehmen und mich gerichtlich und außergerichtlich vertritt/vertreten.

Diese Vollmacht umfasst (nicht gewünschtes bitte streichen):

1. die Befugnis, von den auf meinen Namen laufenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abzuheben, um einen Krankenhausaufenthalt oder Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der Arztkosten zu bezahlen;

2. die Befugnis, für den Fall einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern. Soweit testamentarisch bestimmte Gegenstände meinen Erben vermacht worden sind, sind diese Gegenstände zurückzubehalten und nach meinem Tode den Erben auszuhändigen;

3. die Berechtigung, Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen abzuschließen;

4. Besondere Wünsche:

Die Vollmacht steht unter dem Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs. Sollte ich auf Grund meines Gesundheitszustandes nicht in der Lage sein, diese Vollmacht zu widerrufen und besteht konkreter Anlass zu der Annahme, dass diese Vollmacht missbraucht wird, so soll als Vollmachtsbetreuer eingesetzt werden:

Name, Adresse

Ich weise darauf hin, dass ich eine Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht verfasst habe (ggf. streichen).

Ort, Datum, Unterschrift