

Klara Mustermann
Beispielweg 1
20000 Hamburg

Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich, Klara Mustermann, geb. am 10.10.1940,
meinem Sohn Herrn Ernst Mustermann, geb. am 01.01.1960 in
Hamburg, wohnhaft: Ort, Strasse, Telefon

Vollmacht

mich in allen Angelegenheiten vollen Umfanges zu vertreten, in denen eine Vertretung
rechtlich zulässig ist.

Der Bevollmächtigte darf Untervollmachten erteilen und widerrufen. Diese Vollmacht soll durch
meinen Tod nicht erlöschen.

Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf alle Angelegenheiten der Personen-
vorsorge, insbesondere der Gesundheitsvorsorge.

Der Bevollmächtigte darf für mich auch in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes,
Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen.

Dies gilt auch für besonders risikoreiche Eingriffe, bei denen die Gefahr besteht, dass ich
dadurch sterbe oder einen schweren und länger andauernden, gesundheitlichen Schaden
erleide (§1904 BGB). Hierzu entbinde ich alle Ärzte und Pflegepersonen gegenüber dem
Bevollmächtigten, von ihrer Schweigepflicht.

Er ist ebenfalls berechtigt, meinen Aufenthalt zu bestimmen, insbesondere auch über eine
notwendig werdende Einweisung, bzw. dauernde oder zeitweise Unterbringung in einem
Krankenhaus oder in einem Pflegeheim mit Freiheitsentziehung zu entscheiden, und die
Einwilligung in notwendige unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie z.B. das Anbringen von
Bettgittern bzw. Bauchgurten oder die medikamentöse Ruhigstellung, zu erteilen (§1906
BGB).

Mir ist bewusst, dass diese Vollmacht umfassend und generell ist. Ich kann dem
Bevollmächtigten jedoch jederzeit im Innenverhältnis konkrete Weisungen erteilen. Ich
weise den Bevollmächtigten darauf hin, dass

- er verpflichtet ist, meine gesonderten Weisungen zum Gebrach dieser Vollmacht zu
beachten, ich diese Vollmacht jederzeit frei widerrufen kann, er mir bei einem Widerruf
diese Vollmacht persönlich aushändigen muss,
- er ab dem 01.01.1999 für die Einwilligung in Maßnahmen, die in den §§ 1904 und 1906
BGB geregelt sind, die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes benötigt,
- mein, in einer gesonderten Patientenverfügung geäußerter Wille konsequent beachtet
wird.

.....
Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin / Vollmachtgebers

Ich/Wir bestätige(n), dass Frau / Herr die Vollmacht im Vollbesitz ihrer / seiner geistigen Kräfte, unterschrieben hat.

Name/n
Geburtsdaten und / oder Name der Institution, Ort, Datum

.....
Unterschrift der Zeugen