

## FRAGEBOGEN

### zur Erstellung einer Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung

Name:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	
Telefon: +Handy	
Email:	

#### I.

#### Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht erteilen Sie einer Ihnen vertrauten Person die umfassende Bevollmächtigung zur Abwicklung sämtlicher rechtlicher Angelegenheiten.

(Beachte: Die Bevollmächtigung kann – sofern sie im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte sind – jederzeit widerrufen werden.)

#### 1. Ich bevollmächtige rechtlich verbindlich die Person meines Vertrauens

Name:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	
Telefon: +Handy	
Email:	

**2. und als 2ten Bevollmächtigten rechtlich verbindlich die Person meines Vertrauens**

Name:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	
Telefon: +Handy	
Email:	
Status:	

Status: gleichberechtigt mit 1. Bevollmächtigtem (g) oder dem 1. Bevollmächtigtem untergeordnet (u)

**3. Für den Fall, dass der (die) Bevollmächtigte(n) nicht willens ist (sind) oder die ihm (ihnen) übertragenen Aufgaben nicht ausüben kann (können), bevollmächtige ich als Ersatzbevollmächtigten:**

Name:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	
Telefon: +Handy	
Email:	
Status:	

Status: gleichberechtigt mit 2. Bevollmächtigtem (g) oder dem 2. Bevollmächtigtem untergeordnet (u)

4. Soll die Vorsorgevollmacht über den Tod hinaus gültig sein? ja  nein

4.1. Falls ja, besteht bereits ein Testament? ja  nein

5. Welche Regelungen sollen von der Vollmacht umfasst sein?

a) Sämtliche Vermögensangelegenheiten ja  nein

b) Regelungen aller Bankgeschäfte  
(Bitte beachten Sie, dass Vollmachten hinsichtlich der einzelnen Bankkonten  
persönlich bei der Bank gefertigt und hinterlegt werden sollen.) ja  nein

c) Vertretung gegenüber Versicherungsgesellschaften,  
Behörden, Dienststellen der Renten- und Sozialträger,  
Versorgungseinrichtungen ja  nein

d) Sämtliche Regelungen gegenüber den  
Finanzbehörden ja  nein

e) Sämtliche Prozess- und Verfahrenshandlungen jedes  
Rechtszweigs, außergerichtlich und gerichtlich ja  nein

f) Sämtliche Vertragsangelegenheiten, insbesondere  
Kündigung, Abwicklung und Abschluss von Verträgen ja  nein

g) Aufenthaltsrecht, d.h. Unterbringung in Alten- und  
Pflegeheimen ja  nein

h) Sämtliche Grundstücksangelegenheiten, wie Verkauf  
und Kauf von Grundstücken ja  nein

i) Entgegennahme von Post, Paketen und sonstigen  
Nachrichten aus dem Telekommunikationsverkehr ja  nein

j) Befreiung des „Insichgeschäftes“ § 181 BGB ja  nein

6. Zusätzliche Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

## II.

### Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung legen Sie für den Fall eines entscheidungsunfähigen Zustandes im Vorfeld fest, welche Behandlungsmaßnahmen getroffen bzw. unterlassen werden sollen.

Sie sind daher gehalten, eine Person Ihres Vertrauens zu benennen, die in einem solchen Fall Entscheidungen Ihrem Willen entsprechend treffen kann.

**1.** Für den Fall, dass die im Rahmen der Vorsorgevollmacht genannte Person nicht als Bevollmächtigter für die Patientenverfügung fungieren soll, benenne ich:

Name:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	
Telefon: +Handy	
Email:	
Status:	

**2.** Für den Fall, dass der Bevollmächtigte nicht willens ist oder die ihm übertragenen Aufgaben nicht ausüben kann, bevollmächtige ich als Ersatzbevollmächtigten für die Patientenverfügung:

Name:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	
Telefon:+ Handy	
Email:	

Status: gleichberechtigt mit 1. Bevollmächtigtem (g) oder dem 1. Bevollmächtigtem untergeordnet (u)

**3.** Für den Fall, dass der (die) Bevollmächtigte(n) nicht willens ist (sind) oder die ihm (ihnen) übertragenen Aufgaben nicht ausüben kann (können), bevollmächtige ich als Ersatzbevollmächtigten:

Name:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Geburtsname:	
Telefon: +Handy	
Email:	
Status:	

Status: gleichberechtigt mit 2. Bevollmächtigtem (g) oder dem 2. Bevollmächtigtem untergeordnet (u)

**4.**

a) Für den Fall, dass ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar, nach Einschätzung zwei erfahrener Ärzte, im unmittelbaren Sterbeprozess befinde wünsche ich lebensverlängernde Maßnahmen

ja       nein

b) Für den Fall, dass ich mich nach Einschätzung zwei erfahrener Ärzte im Endstadium einer unheilbar, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, wünsche ich lebensverlängernde Maßnahmen

ja       nein

c) Für den Fall, dass ich in Folge einer Gehirnschädigung nach Einschätzung zwei erfahrener Ärzte meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, somit keine medizinisch begründete Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht, wünsche ich lebensverlängernde Maßnahmen

ja       nein

d) Für den Fall, dass in Folge nach Einschätzung zwei erfahrener Ärzte ich mich in einem Stadium unumkehrbarem fortgeschrittenen Hirnabbauprozess befinde und mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen, wünsche ich lebensverlängernde Maßnahmen

ja       nein

## 5. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter 4. beschriebenen Situationen wünsche ich, dass medizinisch alles ausgeschöpft werden soll, um mich am Leben zu halten und meine Beschwerden zu lindern

ja       nein

## 6. Keine Lebenserhaltenden Maßnahmen

In den unter 4. beschriebenen Situationen wünsche ich,

- a) dass Hunger und Durst sollen lediglich auf natürliche Weise gestillt werden, ggf. mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

ja       nein

- b) dass eine künstliche Ernährung, die ggf. durch Magensonde bzw. Mund, Nase, Bauchdecke und venöse Zugänge erfolgen soll

ja       nein

Zeitliche Einschränkung: \_\_\_\_\_

(zeitliche Einschränkung „etwa ..... für 6 Monate“; Anmerkung: ausschließl. auf venöse Zugänge beruhende Ernährung max. für 4 Wochen möglich)

- c) dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr erfolgen soll

ja       nein

Zeitliche Einschränkung: \_\_\_\_\_

(zeitliche Einschränkung „etwa ..... für 6 Monate“; Anmerkung: ausschließl. auf venöse Zugänge beruhende Flüssigkeitszufuhr max. für 4 Wochen möglich)

- d) dass eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung vorgenommen wird

ja       nein

- e) die Zugabe von Antibiotika bzw. bewusstseinsdämpfender Mittel, falls dies mein Leben verlängert und/oder meine Beschwerden lindert

ja       nein

f) den Versuch der Wiederbelebung

ja       nein

g) eine künstliche Beatmung erhalten

ja       nein

Zeitliche Einschränkung: \_\_\_\_\_

(zeitliche Einschränkung „etwa ..... für 6 Monate“)

h) eine Dialysebehandlung

ja       nein

i) die Gabe von Blut und Blutbestandteilen, wenn dies mein Leben verlängern kann

ja       nein

j) immer fachgerecht Pflege von Mund- und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderen belastenden Symptomen

ja       nein

k) die Entnahme meiner Organe nach einem klinischen Tod (Hirntod) zu Transplantationszwecken

ja       nein

l) Soll der Bevollmächtigte vom Vollmachtgeber getroffene Entscheidungen zu dessen Wohle kippen können?

Die letzte Entscheidung soll meinen Bevollmächtigten nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten obliegen.

ja       nein

**7. Zusätzliche Anmerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

---



### III.

#### Betreuungsverfügung

Für den Fall, dass das Betreuungsgericht die Bestellung einer gesetzlichen Vertretung (rechtliche Betreuung) anordnet (§ 1897 Abs. 4 BGB) sind als Betreuer bzw. Ersatzbetreuer die unter I. angeführten Personen zu berücksichtigen.

Zusätzliche Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

### IV.

#### Allgemeines

1. Soll Ihr Vorsorgepaket kostenpflichtig im zentralen Notarregister eingetragen werden? ja  nein
2. Ist eine jährliche Aktualisierung gewünscht? ja  nein
3. Ist eine öffentliche Beglaubigung wegen Haus und Grundbesitz erforderlich? ja  nein
4. Ist eine per Email übersandte Rechnung für Sie ausreichend ? ja  nein
5. Soll ein Testament durch die Kanzlei Storz - Werner - Kollegen erstellt werden? ja  nein
6. Sollen die Gebühren durch eine Rechtsschutzversicherung übernommen werden? ja  nein

**7.** Bei Abfassung bzw. Unterschrift des Vorsorgepaketes kann die uneingeschränkte Handlungs- und Willensfähigkeit durch nachfolgende Person bezeugt werden:

Name und Anschrift sowie Geburtsdatum:

---

(Beachte: ein Zeuge ist deshalb notwendig, um den Vollbesitz Ihrer geistigen Fähigkeiten bestätigen zu können.)

**8.** Wo soll das gefertigte Vorsorgepaket hinterlegt werden?

a) Kanzlei Storz Werner Kollegen: ja  nein

b) Vollmachtgeber: Original ja  nein  Anzahl:

c) Duplikat ja  nein  Anzahl:

**9.** Zusätzliche Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)