DR. THOMAS BREIKEN

NOTAR

Scharrenbroicher Straße 4

51503 Rösrath

Tel. (0 22 05) 9 26 20 **∙** Fax 92 62 32

E-Mail: mail@notar-roesrath.de

**General- und Vorsorgevollmacht mit/ohne Patientenverfügung**

**-Einzelperson-**

**MUSTER**

**UVZ-Nr. /202\*\*\***

Verhandelt zu Rösrath, am

Vor mir,

**Dr. Thomas Breiken, Notar in Rösrath**,

erschien:

\*\*\*Herr\*\*\*/ \*\*\*Frau \*\*\*, geboren am \*\*\*, geborene(r) \*\*\*, geboren am \*\*\*, wohnhaft \*\*\*, \*\*\*.

D\*\*\* Erschienene wies sich aus durch Vorlage \*\*\* \*\*\*Bundespersonalausweises.

D\*\*\* Erschienene ist geboren in \*\*\*.

D\*\*\* Erschienene erklärte:

Ich erteile folgende

**G e n e r a l - u n d V o r s o r g e v o l l m a c h t,**

die nach dem anwendbaren Recht der Bundesrepublik Deutschland gilt, die nach Möglichkeit auch im Ausland Gültigkeit haben soll und auch im Ausland verwandt werden darf.

Hiermit bevollmächtige ich \*\*\*

1. Herr/Frau \*\*\*, geborene\*\*\*, geboren am \*\*\*, wohnhaft \*\*\*,

2. Herr/Frau \*\*\*, geborene\*\*\*, geboren am \*\*\*, wohnhaft \*\*\*,

3. \*\*\*

\*\*\*und zwar jeweils einzeln, mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.

**\*\*\*Achtung: Bei familienfremden Bevollmächtigten:** Der Notar hat auf die Regelung des § 1816 Abs. 6 BGB hingewiesen. D\*\*\* Erschienene erklärt, dass kein Bevollmächtigter abhängig Berechtigtereiner vom Vollmachtgeber bewohnten Wohn- oder Unterbringungseinrichtung ist und kein Bevollmächtigter zu einem Träger von Einrichtungen oder Diensten, der in der Versorgung des Vollmachtgebers tätig ist, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung steht.

Die Vollmacht umfasst auch die übliche Bank-, Post- sowie Inkasso- und Prozessvollmacht und berechtigt insbesondere – aber nicht ausschließlich - dazu,

- über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen

- auch Grundbesitz zu veräußern und zu erwerben, Grundpfandrechte einschließlich Zinsen und Nebenleistungen und sonstige Rechte für beliebige Gläubiger zu bestellen und die Eintragung im Grundbuch zu bewilligen und zu beantragen, die Unterwerfung des jeweiligen Eigentümers unter die dingliche Zwangsvollstreckung zu erklären sowie die Löschung dinglicher Rechte zu bewilligen und zu beantragen

- mich in allen Angelegenheiten, die meine derzeitigen und künftigen Beteiligungen an Gesellschaften betreffen, zu vertreten, insbesondere bei der Ausübung von Gesellschafterrechten innerhalb und außerhalb von Gesellschafter-versammlungen, bei Übernahme neuer Anteile oder von Einlage-, Zahlungs-, Nachschuss- oder sonstiger Gesellschafterpflichten, ebenso bei Registeranmeldungen und bei der Abgabe von Versicherungen.

Die Vollmacht berechtigt auch zum Zugang zu meinen Daten bei Banken, Versicherungen, auch im World Wide Web (Internet) und schließt die Entscheidung über Beibehaltung oder Löschung dieser Daten ein sowie die Kündigung von -auch digitalen- Verträgen.

Die Vollmacht gilt insbesondere für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ganz oder teilweise nicht mehr selbst zu besorgen vermag. Sie gilt auch für den Fall, dass für mich ein Betreuer bestellt wird oder ohne diese Vollmacht bestellt werden müsste.

Die Vollmacht ermächtigt d\*\*\* Bevollmächtigte\*\*\* dann zu allen Erklärungen und Handlungen, zu denen ein Betreuer mit oder ohne Genehmigung des Betreuungsgerichtes befugt wäre, insbesondere– aber nicht ausschließlich -

- zu meiner gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung;

- zur Entgegennahme von Auskünften über meinen Gesundheitszustand, wozu ich meine Ärzte hierdurch von der Schweigepflicht entbinde;

- zur Einwilligung in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff im Sinne von § 1829 Abs. 1 Satz 1 BGB sowie zur Verweigerung und zum Widerruf einer solchen Einwilligung gemäß § 1829 Abs. 2 BGB, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich auf Grund der Durchführung, des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide;

- zur Einleitung oder Fortsetzung bzw. zur Ablehnung oder Beendigung der in meiner Patientenverfügung aufgeführten Maßnahmen, um dem dort geäußerten Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Insoweit ist \*\*\*jeder Bevollmächtigte berechtigt, Ärzte sowie Leiter und Mitarbeiter von Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen anzuweisen, lebensverlängernde oder lebenserhaltende Maßnahmen zu unterlassen, zu reduzieren oder zu beenden;

- zu einer Unterbringung, die mit einer Freiheitsentziehung verbunden ist im Sinne von § 1831 Abs. 1 BGB sowie zur Vornahme von sonstigen freiheitsentziehenden Maßnahmen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise, sofern sie über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig vorgenommen werden (§ 1831 Abs. 4 BGB);

- zur Einwilligung in eine dem natürlichen Willen widersprechende ärztliche Zwangsmaßnahme im Sinne von § 1832 BGB sowie zur Verbringung des Vollmachtgebers gegen dessen natürlichen Willen zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus für den Fall, dass eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Abs. 4 BGB);

- zur Bestimmung meines Aufenthaltes sowie zum Abschluss und zur Kündigung von Heimverträgen.

Für den Fall, dass trotz der hier erteilten Vollmacht für mich eine Betreuung notwendig oder zweckmäßig werden sollte, bestimme ich, dass \*\*\*einer meiner Bevollmächtigten \*\*\*der Bevollmächtigter zu 1., ersatzweise der Bevollmächtigte zu 2. zu meinem Betreuer bestellt wird.

\*\*\*Jeder Bevollmächtigte ist zur alleinigen Vertretung berechtigt\*\*\*, d\*\*\* Bevollmächtigte\*\*\* \*\*\* und \*\*\* hinsichtlich der Verfügung über Grundbesitz und über grundstücksgleiche Rechte sowie hinsichtlich des Abschlusses und der Kündigung eines Heimvertrages und hinsichtlich der Durchsetzung der Patientenverfügung jedoch jeweils nur zur Vertretung gemeinsam mit einem weiteren Bevollmächtigten\*\*\*, es sei denn, eines meiner Kinder wäre vorverstorben. Dann soll auch hinsichtlich der Verfügung über Grundbesitz und grundstücksgleiche Rechte sowie hinsichtlich des Abschlusses und der Kündigung eines Heimvertrages und hinsichtlich der Durchsetzung der Patientenverfügung das überlebende Kind unter Vorlage einer Sterbeurkunde des anderen Kindes einzelvertretungsberechtigt sein.

\*\*\* als Bevollmächtigter ist zur alleinigen Vertretung berechtigt, die übrigen Bevollmächtigten jeweils nur zur Vertretung gemeinsam mit einem weiteren Bevollmächtigten.

Diese Vollmacht kann für einzelne, von de\*\*\* Bevollmächtigten zu bestimmende Rechtsgeschäfte bzw. Angelegenheiten übertragen und die Übertragung der Vollmacht auch von ih\*\*\* widerrufen werden.

D\*\*\* Bevollmächtigte\*\*\*n \*\*\*ist \*\*\*sind auch befugt, Rechtsgeschäfte mit sich selbst im eigenen Namen und/oder als Vertreter Dritter vorzunehmen (Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB).

Diese Vollmacht ist jederzeit frei widerruflich. Sie gilt auch über meinem Tod hinaus, bis sie von meinen Erben widerrufen wird.

Ohne dass hierdurch die Berechtigung de\*\*\* Bevollmächtigten nach außen im Verhältnis zu dritten Personen oder Institutionen eingeschränkt werden soll bestimme ich: D\*\*\* Bevollmächtigte\*\*\* soll\*\*\* von der Vollmacht nur auf meine ausdrückliche Anweisung oder dann Gebrauch machen, wenn ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen kann.

\*\*\*Dann soll zunächst \*\*\* für mich tätig werden und im Falle dessen Verhinderung \*\*\*.

De\*\*\* Bevollmächtigten sollen zunächst \*\*\*je zwei Ausfertigungen dieser Urkunde \*\*\*zu meinen Händen erteilt werden; weitere Ausfertigungen nur auf meine besondere schriftliche Anweisung hin oder wenn dem Notar ein ärztliches Attest vorgelegt wird, dass der Vollmachtgeber geschäftsunfähig ist oder dass Zweifel an der Geschäftsfähigkeit bestehen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange d\*\*\* Bevollmächtigte\*\*\* bei der Vornahme einer jeden Vertreterhandlung im Besitz der ihnen erteilten Ausfertigung der vorliegenden Vollmachtsurkunde \*\*\*ist\*\*\*sind.

Eine einem Bevollmächtigten erteilte Ausfertigung bleibt Eigentum des Vollmachtgebers, der die Herausgabe der Ausfertigung jederzeit und ohne Angabe von Gründen von jedem Besitzer verlangen kann.

\*\*\* Ich wünsche die Erfassung dieser Urkunde einschließlich meiner personenbezogenen Daten durch Übermittlung an das zentrale Register der Bundesnotarkammer für Vorsorgeurkunden zur Information der mit Betreuungsverfahren befassten Stellen. \*\*\*Es sollen nur \*\*\* registriert werden.

Nunmehr erklärte d\*\*\* Erschienene wiederholbar, abänderbar und widerruflich, folgende

# Patientenverfügung

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, richte ich folgende Weisungen an die behandelnden Ärzte, meine Bevollmächtigten, einen etwaigen Betreuer, Behörden und Gerichte:

Ein Leben ohne Bewusstsein und Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustandes, angeschlossen an lebensverlängernde medizinische Apparate, wünsche ich nicht.

Befinde ich mich in einem unabwendbaren Sterbeprozess und wäre jede künstliche Lebensverlängerung oder -erhaltung nur eine Verlängerung des Sterbens und Leidens ohne Aussicht auf wesentliche Besserung, oder liege ich ohne Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins in einem Wachkoma, oder befinde ich mich in einem fortgeschrittenen Hirnabbauprozess (Demenz), oder befinde ich mich in einem ähnlichen und/oder vergleichbaren Zustand, bin ich mit der Einleitung oder Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen z.B. durch Gabe von Blut und/oder Blutbestandteilen, Dialyse, Transplantationen, Medikation, Intensivtherapie wie z.B. künstliche Beatmung und/oder künstliche Ernährung und/oder künstliche Flüssigkeitszufuhr nicht einverstanden, es sei denn, die Maßnahmen dienten der Schmerzlinderung oder -erleichterung \*\*\*oder es handelt sich um künstliche Beatmung im Zusammenhang mit der Behandlung einer Covid-19 Erkrankung, mit der ich ausdrücklich einverstanden bin. Die hier aufgeführten Maßnahmen sind nur beispielhaft. Für nicht genannte oder neue Behandlungsmaßnahmen gelten meine Wünsche und Anweisungen entsprechend. Von sinnlosen Wiederbelebungs-maßnahmen und Untersuchungen bitte ich abzusehen. Die Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit nehme ich hierbei in Kauf.

Ich wünsche angemessene ärztliche Behandlung und fachgerechte Pflege, z.B. von Mund und Schleimhäuten, menschenwürdige Unterbringung und wohlwollende Zuwendung, um Schmerzen, Atemnot, Angst, Übelkeit, Unruhe, Verwirrung und andere belastende Symptome zu lindern. Ich bitte um Schmerzmittel, Narkotika und erleichternde operative Eingriffe, auch wenn sie lebensverkürzend wirken.

Ein menschenwürdiges Sterben beinhaltet nach meiner Überzeugung auch die Annahme des Sterbens.

Wenn für mich ein Betreuer bestellt wird, ist diese Erklärung eine ihn bindende Betreuungsverfügung. Etwaige Erklärungen zu ärztlichen Maßnahmen hat er nach vorstehenden Maßgaben abzugeben, um meinem Willen Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Gleiches gilt für meine Bevollmächtigten.

Ich habe mich mit dem Thema Patientenverfügung intensiv befasst und fachkundigen Rat eingeholt. Ich werde mich auch in Zukunft damit beschäftigen, so dass meine Patientenverfügung auch ohne künftige Bestätigungen bis zu einem ausdrücklichen Widerruf gilt.

Vorstehende Verhandlung wurde de\*\*\* Erschienenen in Gegenwart des Notars vorgelesen, von ih\*\*\* genehmigt und von ih\*\*\* und dem Notar eigenhändig wie folgt unterschrieben:

Der Notar hat auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes hingewiesen, wonach eine Patientenverfügung möglichst konkret die Krankheits- bzw. Behandlungssituation beschreiben soll und dann die gewünschten bzw. nicht gewünschten ärztlichen Maßnahmen nennen soll. Der Notar hat daher empfohlen, beim Auftreten einer Krankheit deren mutmaßlichen Verlauf und denkbare ärztliche Maßnahmen mit dem behandelnden Arzt zu besprechen und die heutige Patientenverfügung dann um eine weitere schriftliche Patientenverfügung zu ergänzen.

**Entwurfsanforderung**

Notar Dr. Breiken wird von mir/uns beauftragt einen Entwurf zu fertigen und an mich/uns

Name:

Vorname:

Straße und Ort:

E-Mail:

zu übersenden.

**Beurkundungstermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Die vorstehenden personenbezogenen Daten werden im Rahmen des notariellen Berufsrechts verarbeitet und gespeichert, ergänzende Hinweise gemäß DSGVO können unter [www.notar-roesrath.de](http://www.notar-roesrath.de) eingesehen werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Unterschrift erforderlich**