25

Generalvollmacht

-Vorsorgevollmacht-

Ich, Name, Vorname des/der Vollmachtsgeber(in) Kirschner, Marie
geboren am 03.01.1922 in Neustädtlein/a.F.
Anschrift 95349 Thürnau; Lochau 2

bevollmächtige hiermit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und ohne äußeren Druck für den Fall, daß ich durch eine psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung nicht mehr in der Lage sein sollte meine Angelegenheiten selbst zu erledigen (Nachweis durch Bescheinigung meines Hausarztes oder eines Neurologen bzw. Psychiaters).

Name, Vorname des/der Bevollmächtigten Hetz, Hans
geboren am 24.03.1959 in Kronach
Anschrift 95349 Thürnau; Lochau 2 (Sohn)

mich in allen Vermögens-, Renten- oder Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Rechtsangelegenheiten in jeder denkbaren Richtung zu vertreten. Die Vollmacht berechtigt insbesondere zur Verwaltung meines Vermögens, zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zum Abschluß und zur Kontrolle eines Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung, zur evtl. notwendigen Auflösung des Mietverhältnisses über meine Wohnung, zur Beantragung von Renten- oder von Versorgungsbezügen oder von Sozialhilfe, zu geschäftsähnlichen Handlungen, zu allen Verfahrenshandlungen und zur Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post. Schenkungen können in dem Rahmen vorgenommen werden, der einem Betreuer gesetzlich gestattet ist.

Diese Vollmacht gilt insbesondere auch für den Fall freiheitsentziehender Unterbringungen (§1906 BGB), einschließlich freiheitsentziehender Maßnahmen (§1906 Abs. 4 BGB) und ärztlicher Maßnahmen (§1904 BGB), wie operative Eingriffe, Untersuchungen und medikamentöse Behandlung, sofern ich nicht mehr in der Lage bin, den Sinn und Zweck der Maßnahme zu verstehen.

Die Vollmacht berechtigt insbesondere auch

- zum Abschluß von Verträgen oder sonstigen Vereinbarungen mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen; oder
- die Aufenthaltsbestimmung zu treffen, vor allem die Entscheidung über die Unterbringung in einem Pflegeheim, in einer geschlossenen Anstalt oder die Aufnahme in ein Krankenhaus; oder
- die Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Behandlungen oder Eingriffen zu erteilen, gleichgültig ob es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt oder nicht; oder
- die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen zu treffen, wenn ich wegen irreversibler Bewußtlosigkeit wahrscheinlich schwerer Dauerschädigung des Gehirns oder wegen dauernden Ausfalls lebenswichtiger Funktionen meines Körpers oder wegen schwerster - nicht behebbarer - Schmerzzustände außerstande bin, ein menschenwürdiges, das heißt ein für mich erträgliches und weitgehend beschwerdefreies bewußtes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung zu führen, oder wenn das Grundleiden mit infauster (ungünstiger) Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat, beziehungsweise die traumatische Schädigung irreversibel ist; oder
- die Kontrolle darüber auszuüben, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner Bewußtlosigkeit oder Entscheidungsunfähigkeit eine angemessene Betreuung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfaßt. Das Krankenhaus, die Ärzte, sowie das Pflegepersonal sind verpflichtet, bei Abbruch der Behandlung die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen auf die Leidhilfe zu beschränken. Vor allem sind sie verpflichtet, Schmerz, Atemnot, unstillbarem Brechreiz, Erstickungsangst oder vergleichbaren schweren Angstzuständen entgegenzuwirken, selbst wenn mit den palliativen (lindernden) Maßnahmen das Risiko einer Lebensverkürzung nicht ausgeschlossen werden kann.

26

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, den/die Bevollmächtigte(n) über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tode oder der Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers. Sie kann aber jederzeit von mir oder meinen Erben widerrufen werden. Untervollmacht kann erteilt werden.

[redacted]

Sollte diese Vollmacht ganz oder teilweise von einem Gericht als rechtsunwirksam erklärt werden, so wünsche ich, daß das Vormundschaftsgericht die hier von mir benannte Person als meine(n) Betreuer(in) bestellt.

Im Übrigen gilt diese Vollmacht nur, wenn der Bevollmächtigte das Original der Vollmacht vorlegen kann.

Sollte der/die von mir oben benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein, die Vollmacht auszuüben, so benenne ich in der folgenden Reihenfolge als Bevollmächtigte

keine

(Vorname, Name, Geburtsdatum) (Anschrift, Telefon, Fax)

keine

(Vorname, Name, Geburtsdatum) (Anschrift, Telefon, Fax)

Wenn es schwierig sein sollte, meine hier geäußerten Wünsche und Verfügungen zu verstehen und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Medizinern, Pflegenden, Betreuern oder Familienangehörigen kommt, dann soll die letzte Entscheidung bei dem/der von mir in dieser Vorsorgevollmacht Bevollmächtigten liegen.

Sollte diese Vollmacht ganz oder teilweise von einem Gericht als rechtsungültig erklärt werden, so verlange ich, daß das Vormundschaftsgericht die hier von mir benannte(n) Person(en) als meine(n) gesetzliche(n) Vertreter einsetzt. Ich verlange auch, daß Vormundschaftsgericht und gesetzliche Vertreter sich bei allen Entscheidungen an meinen Wünschen und Verfügungen orientieren.

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

29. 10. 2000 Maria Kirchner

Datum Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Zustimmung der/des Bevollmächtigten

Ich kenne den Inhalt dieser Verfügung und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

29.10.2000 Hans Hetz 95349 Thurnau / Lochau

Datum Unterschrift Anschrift des Bevollmächtigten

27

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und. Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern. Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

29.10.2000 Anne Hirschmann

Datum Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Ich bestätige, daß _____, Verfasser(in) dieses Patientestaments heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und daß ich an ihrer/seiner freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Fritz Wallaß Kulmbach, Dörnweiner

Datum Unterschrift Anschrift des Zeugen

29.10.2000 T. 81769

Überprüfung und Bestätigung

Datum der Überprüfung _____

_____

(Änderungen)

_____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Überprüfung und Bestätigung der Betreuungsverfügung

Datum der Überprüfung _____

_____

(Änderungen)

_____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

Überprüfung und Bestätigung der Betreuungsverfügung

Datum der Überprüfung _____

_____

(Änderungen)

_____

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers