

Vorsorgevollmacht  
Betreuungsverfügung  
Patientenverfügung

Niederschrift von:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# I. Vorsorgevollmacht

(Seiten Nr. 1 und 2)

# II. Betreuungsverfügung

(Seiten Nr. 3 und 4)

# III. Patientenverfügung

(Seiten Nr. 5 bis 7)

Original je hinterlegt bei:

1. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_   
vollständige Anschrift

2. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_   
vollständige Anschrift

3. \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_   
vollständige Anschrift

## I. Vorsorgevollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, wohnhaft  
Datum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

folgende Personen

1. a. Frau/Herrn, \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_,  
Datum Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

oder 1. b. Frau/Herrn, \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_,  
Datum Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr.

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

mich in meinen Vermögens-, Renten- oder Versorgungs-, Steuern und sonstigen Rechtsangelegenheiten zu vertreten. Im Rahmen dieser Vollmacht soll insbesondere mein Vermögen verwaltet werden. Verfügungen über Konten und Depots sind in dem gleichen Umfang zulässig, wie dieses bei dem jeweils betreffenden Kreditinstitut im Rahmen der dort allgemein geltenden **Bankvollmacht** geregelt ist. Mit erfasst sind Verfügungen über Sachgegenstände – auch Immobilien – und Verpflichtungen diesbezüglich. Zu beachten ist dabei, dass diese Vollmacht nicht notariell beurkundet werden muss, auch nicht bezüglich der Immobilien, da sie widerruflich ist (siehe Kommentare zu §§ 128, 167 II. BGB).

Mit erfasst sind die rechtliche Fähigkeit einen Heimunterbringungsvertrag abzuschließen (§ 1906 Abs. 1+4 BGB) und mein Mietverhältnis aufzulösen, ebenso, wie die **Einwilligung** bzw. **Nichteinwilligung** oder der **Widerruf** in ärztliche Eingriffe, Heilbehandlungen oder in die Untersuchung meines Gesundheitszustandes (§ 1904 Abs. 1-4 BGB).

Die Vollmacht soll nur dann gelten, wenn der Bevollmächtigte das Original der Vollmacht vorlegt. Untervollmacht soll nicht erteilt werden. Die Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Auftragsverhältnis sollen auch nach meinem Tod in Kraft bleiben und zwar so lange, bis der/die Erben die Vollmacht widerrufen. Im Übrigen ist diese Vollmacht zu Lebzeiten stets widerruflich.

Die Vollmacht schließt für die Bevollmächtigten deren Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB ein.

Sollte der/die von mir benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, den dieser Vollmacht zugrunde liegenden Auftrag auszuüben, so benenne ich als Ersatzperson:

2. Frau/Herrn , \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Datum Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Im Außenverhältnis gilt aber auch diese Vollmacht / Ersatzvollmacht sofort (ohne Einschränkung).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfassers (Vollmachtgebers)

Ich erkläre mich mit der Übernahme der Stellvertretung einverstanden:

Bevollmächtigte/r zu 1.a.:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vollständiger Name

Bevollmächtigte/r zu 1.b.:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vollständiger Name

Ersatzbevollmächtigte/r zu 2.:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift vollständiger Name

## II. Betreuungsverfügung

für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit

Verfasser: \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname Datum

### Vollmacht:

Sollte ich auf Grund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können, so bevollmächtige ich gemäß den §§ 1896 II 2, 185, ff des BGB, hiermit als meinen **gesetzlichen Vertreter:**

1. \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname Datum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Die / Der Bevollmächtigte kennt den Inhalt meiner Vollmacht (siehe Seite 1 und 2 von 7) und hat eingewilligt, für mich und an meiner Stelle und ohne Einschaltung des Betreuungsgerichtes für den Fall meiner Entscheidungs-unfähigkeit, Entscheidungen in meinem Sinne zu treffen und auszuführen.

Ich verpflichte die / den Bevollmächtigte/n sich an meiner vorsorglichen Verfügung auf den Seiten Nr. 5 bis 7 (Patientenverfügung) zu orientieren.

Sollte die / der von mir genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich:

2. \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname Datum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Sollte es schwierig sein, meine geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen zu verstehen und wenn es deshalb zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Medizinern, Pflegenden, Betreuern und Familienangehörigen kommt, dann soll die letzte Entscheidung bei den von mir in dieser Vorsorgevollmacht genannten Bevollmächtigten liegen.

**Bestätigung und Unterschrift**

Ich bestätige meine vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung vom \_\_\_\_\_ und die ausgesprochene Bevollmächtigung. Solange ich bei Bewusstsein bin und klar entscheiden kann, sollen die mich behandelnden Ärzte sich vergewissern, ob diese Betreuungsverfügung noch in vollem Umfang gilt.

Sollte ich jedoch nicht mehr entscheidungsfähig oder zustimmungsfähig sein oder sollte eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit in ihre letzten Stadien treten oder ein unumkehrbarer Sterbeprozess beginnen, dann erwarte ich, dass ich meinen Wünschen, Werten und Verfügungen entsprechend menschlich und medizinisch behandelt werde. Insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt, in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe **einzuwilligen** bzw. **nicht einzuwilligen** oder eine Einwilligung **zu widerrufen** (§1904 Abs. 5 S.2 n.F.BGB), obwohl dieses medizinisch angezeigt ist, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger andauernden Schaden erleide (§1904 BGB). Weiter kann der Bevollmächtigte entscheiden, ob bei schweren Beeinträchtigungen meines Gesundheitszustandes mit aussichtsloser Prognose lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen vorgenommen oder fortgesetzt werden.

**Die Betreuungsverfügung** habe ich freiwillig, nach reiflicher, langer Überlegung, vielen Gesprächen und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls die 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.

Ich werde  Kopien  
 Originale

dieser Betreuungsverfügung der von mir Bevollmächtigten, meinen nächsten Angehörigen, meinem Hausarzt und sofern ich betreut lebe, der Leitung des Hauses übergeben.

---

 Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers

Ich kenne den Inhalt der Betreuungsverfügung vom \_\_\_\_\_ und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

Person zu 1.

---

 Ort, Datum

Unterschrift mit vollständigem Namen

Person zu 2.

---

 Ort, Datum

Unterschrift mit vollständigem Namen

### **III. Vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung** **(Patientenverfügung)**

Wünsche und Forderungen an Bevollmächtigte und Ärzte, an Familie und Freunde für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit.

Verfasser: \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, wohnhaft  
Datum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer , Postleitzahl und Ort

#### 1.) Meine Werte, Wünsche und Hoffnungen:

Alles Leben, auch mein Leben, hat einen Anfang und ein Ende. Wenn mein Leben sich dem Ende nähert und wenn ich nicht in der Lage sein sollte, medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder solche abzulehnen, so soll der/die hier benannte Bevollmächtigte, die mich betreuenden Ärzte, Pflegenden und nächsten Angehörigen meine Wünsche, Werte, Hoffnungen und Verfügungen zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen. Sie sollen sich an diesen Werten und Verfügungen orientieren und nicht an dem, was medizinisch und technisch machbar ist. Sie sollen sich auch nicht daran orientieren, was andere Menschen oder was sie selbst für sich in vergleichbaren Situationen wünschen würden. Vor allem wünsche ich, dass natürliche Vorgänge von Sterbeprozessen und unheilbare zum Tode führende Krankheiten im Endstadium akzeptiert und höher bewertet werden als die technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

#### 2.) Verfügungen für medizinische Versorgung und Beistand

Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbar tödlich verlaufenden Krankheit befinde, wenn ich geistig so verwirrt bin, dass ich nicht mehr weiß, wer ich bin oder wenn ich an unerträglichen Schmerzen leide, dann verlange ich, dass alle medizinischen Maßnahmen unterbleiben, die mich am Sterben hindern. Sollte eine dieser Situationen eintreten, so bitte ich um mitmenschlichen und pflegerischen Beistand und darum, dass nichts gegen den Lauf der Natur des Sterbeprozesses und das Verlöschen meines Lebens unternommen wird. Gleichzeitig bitte ich aber, alle Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie zu nutzen und dafür zu sorgen, dass ich ohne körperliche und seelische Schmerzen und Leiden bin. Wenn möglich, möchte ich in einer mir vertrauten Umgebung meine letzten Tage und Stunden verbringen.

**Insbesondere treffe ich folgende Verfügung:**Schmerztherapie:

Ich wünsche eine wirksame Behandlung quälender und unangenehmer Zustände wie Atemnot, Schmerzen, Angst, Übelkeit und Erbrechen, selbst wenn ich durch die Behandlung müde und schläfrig werde, selbst wenn starke Betäubungsmittel erforderlich sind, durch die ich, vergleichbar einer Narkose, auch das Bewusstsein verliere, selbst wenn durch die Behandlung unbeabsichtigt die mir noch verbleibende Lebensspanne verkürzt wird.

Künstliche Beatmung:

Ich wünsche keine künstliche Beatmung und keine Wiederbelebung, auch wenn mein Herz zum Stillstand kommen sollte und auch keine künstliche Ernährung, wenn dieses nach ärztlichem Ermessen nur eine unnötige Verlängerung des Sterbeprozesses bedeutet.

---

 Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers

**Vollmachten:**

1. Im Falle eines Unfalls, einer Verletzung oder einer Krankenhauseinweisung ist sofort:

1a. Frau/Herr: \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

oder:

1b. Frau/Herr: \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

ersatzweise:

2. Frau/Herr: \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

zu benachrichtigen und über meinen Zustand zu informieren. Die behandelnden Ärzte befreie ich ausdrücklich von der **ärztlichen Schweigepflicht**.

Dieselben Personen bevollmächtige ich weiter an meiner Stelle mit den behandelnden Ärzten alle erforderlichen Entscheidungen abzusprechen und Zustimmung zu medizinischen Eingriffen **zu erteilen, zu widerrufen oder zu verweigern**, wenn ich selbst zur Willensbildung und Willensäußerung außerstande bin.



Die Vertrauensperson soll meinen Willen entsprechend der vorstehenden Patientenverfügung einbringen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Verfassers

Person zu 1a.

Zur Übernahme der auf Seite 5 und Seite 6 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

---

Ort, Datum

vollständige Unterschrift

Person zu 1b.

Zur Übernahme der auf Seite 5 und Seite 6 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

---

Ort, Datum

vollständige Unterschrift

Person zu 2.

Zur Übernahme der auf Seite 5 und Seite 6 genannten Verpflichtungen bin ich bereit

---

Ort, Datum

vollständige Unterschrift

Ich bestätige, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_, Verfasser der  
Vorsorgevollmacht vom \_\_\_\_\_, der Betreuungsverfügung  
vom \_\_\_\_\_ und des Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_  
eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an ihrer/seiner Fähigkeit zu einer freien  
und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Hausarztes

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

# Zusatz zur Vorsorgevollmacht:

Grundsätzlich bedarf, anders als in vielen Vorsorgeformularen geschrieben, die **widerrufliche** Vollmacht selbst dann **keiner** notariellen Beurkundung, wenn der Stellvertreter auch Immobiliengeschäfte (Verkauf, Beleihung, Grundschuldbestellung) tätigen soll / muss (§ 167 II BGB); die Vollmacht muss nur dann notariell sein, wenn sie **unwiderruflich** ist (aber wer erteilt schon eine unwiderrufliche Vollmacht ?).

In vielen Gerichten (Grundbuchämtern) ist es allerdings üblich, dass Sie beim **Verkauf** von Immobilien durch einen Stellvertreter / Bevollmächtigten wenigstens **notariell beglaubigte** Vollmachten benötigen (§§ 29,30 GBO); zu einem **Verkauf** kann es unter Umständen dann kommen, wenn man nach einer Heimeinweisung nicht in der Lage ist, dieses Heim mit seiner eigenen Rente oder seinen eigenen Ersparnissen zu bezahlen.

Denn bevor dann der Staat zahlt, muss man sein eigenes Vermögen – bis auf einen Schonbetrag – verbrauchen!

Sollte dieser Fall also bei Ihnen vorliegen, machen Sie es wie folgt:

Sie machen einen Termin mit einem Notar Ihrer Wahl zwecks:

- 1.) Notarieller **Beglaubigung** (§ 129 BGB)  
(NICHT: notarieller Beurkundung!!)
- 2.) Bei dem Termin schreiben Sie Ihren Namen auf die „Seite 2 von 7“ (Unterschrift des Vollmachtgebers) erst dann, wenn Sie vor dem Notar sitzen (aber nur auf dieser Seite !)
- 3.) Der Notar macht das Ganze dann mit Siegel fertig und Sie erhalten es zurück; Kosten max. € 20,00.
- 4.) Wenn Sie jetzt noch zusätzlich auf „Seite 7 von 7“ Ihren Arzt unterschreiben lassen – ist diese Urkunde für **alle Fälle** perfekt!

Denn dann akzeptieren auch die Grundbuchämter / Banken den Verkauf / die Beleihung Ihrer Immobilie durch den Stellvertreter.

## **Anrufung des Gerichtes:**

Seit dem 01. September 2009 muss nur noch bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Betreuer bezüglich schwerwiegender Entscheidungen das Betreuungsgerecht eingeschaltet werden und entscheiden.

Sind sich Arzt und Bevollmächtigter / Betreuer einig, braucht kein Betreuungsgerecht mehr angerufen werden!



# Vorsorgeregister – ein großer Erfolg

Bundesnotarkammer  
Zentrales Vorsorgeregister  
Postfach 080151  
10001 Berlin

Tel.: 01805 – 35 50 50\*

\*(0,14€/Minute aus dem deutschen Festnetz, abweichender Mobilfunktarif)

Fax: 030 – 38 38 66 77

E-Mail: [info@vorsorgeregister.de](mailto:info@vorsorgeregister.de)  
Internet: [www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)

## Datenformular für Privatpersonen

Antrag auf Eintragung einer Vorsorgeurkunde

Bitte Informationen beachten!

Pflichtangaben sind mit \* gekennzeichnet.

P

Seite 1 von 2

### \* Daten der Vorsorgeurkunde

1	Datum der Urkunde*	
2	Vollmacht zur Erledigung von	<input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten <input type="checkbox"/> Angelegenheiten der Gesundheitsorge <input type="checkbox"/> Maßnahmen nach § 1904 Abs. 1 Satz 1 BGB ausdrücklich umfasst <input type="checkbox"/> Angelegenheiten der Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Maßnahmen nach § 1906 Abs. 1 und 4 BGB ausdrücklich umfasst <input type="checkbox"/> sonstige persönliche Angelegenheiten
3	Urkunde enthält Anordnungen oder Wünsche	<input type="checkbox"/> für den Fall, dass das Gericht einen Betreuer bestellt (Betreuungsverfügung) <input type="checkbox"/> hinsichtlich Art und Umfang medizinischer Versorgung (Patientenverfügung)
4	Weitere Angaben (z. B. Aufbewahrungsort der Vorsorgeurkunde)	

### \* Daten des Vollmachtgebers / Verfügenden (für jeden Vollmachtgeber / Verfügenden bitte ein eigenes Formular verwenden)

5	Anrede*	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	6	Akademischer Grad	
7	Familiennamen*				
8	Vornamen*				
9	Geburtsname				
10	Geburtsort*			11	Geburtsdatum*
12	Straße, Hausnummer*				
13	Postleitzahl, Ort*				

14	Daten des 1.	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> vorgeschlagenen Betreuers	
15	Anrede*	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	16	Akademischer Titel
17	Familiennamen*			
18	Vornamen*			
19	Geburtsname		20	Geburtsdatum
21	Straße, Hausnummer*			
22	Postleitzahl, Ort*			
23	Telefon			
24	Weitere Angaben (z. B. Verhältnis mehrerer Bevollmächtigter, Beschränkungen der Vollmacht)			

Ich - der Bevollmächtigte/vorgeschlagene Betreuer - bin mit der Eintragung meiner Daten einverstanden.

(Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten / vorgeschlagenen Betreuers) Unterschrift **nicht** zwingend erforderlich (s. Informationen)



Name des Vollmachtgebers / Verfügenden	
Geburtsdatum	



25 **Daten des 2.**  **Bevollmächtigten**  **vorgeschlagenen Betreuers**

26 Anrede\*  Herr  Frau | 27 Akademischer Titel

28 Familienname\*

29 Vornamen\*

30 Geburtsname | 31 Geburtsdatum

32 Straße, Hausnummer\*

33 Postleitzahl, Ort\*

34 Telefon

35 Weitere Angaben (z. B. Verhältnis mehrerer Bevollmächtigter, Beschränkungen der Vollmacht)

Ich - der Bevollmächtigte / vorgeschlagene Betreuer - bin mit der Eintragung meiner Daten einverstanden.  
 (Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten / vorgeschlagenen Betreuers) Unterschrift **nicht** zwingend erforderlich (s. Informationen)

\* **Zahlungsweise** (für Eintragungsgebühr)

36  Überweisung  Lastschrift

37 Bankleitzahl | 38 Kreditinstitut

39 Kontonummer

40 Kontoinhaber (falls abweichend vom Vollmachtgeber)

Hiermit ermächtige ich die Bundesnotarkammer - Zentrales Vorsorgeregister - widerruflich, die von mir zu entrichtenden Gebühren von meinem o.g. Girokonto durch Lastschrift einzuziehen (bei Zahlung durch Überweisung entbehrlich).

(Ort, Datum) (Unterschrift des Kontoinhabers)

Ich - der Vollmachtgeber / Verfügende - beantrage die Eintragung der vorstehenden Daten.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Vollmachtgebers / Verfügenden)

Anzahl Zusatzblätter "PZ" bei mehr als 2 Bevollmächtigten/Betreuern: \_\_\_\_\_

Bitte per Post zurücksenden an:

Bundesnotarkammer  
 - Zentrales Vorsorgeregister -  
 Postfach 08 01 51  
 10001 Berlin

Bitte übersenden Sie uns nur das ausgefüllte und unterschriebene Formular und nicht die Vorsorgevollmachtsurkunde selbst.