



# Vorsorgelotse

Wegweiser für  
den Ernstfall



Johanniter-Lotse  
Aus Liebe zum Leben



**JOHANNITER**

# Inhalt

- 04 Dokumente für alle Fälle
- 05 Was ist eine Patientenverfügung?
- 06 Formular zur Patientenverfügung
- 20 Dafür brauche ich eine Vorsorgevollmacht
- 22 Formular zur Vorsorgevollmacht
- 27 Dafür brauche ich eine Betreuungsverfügung
- 28 Formular zur Betreuungsverfügung
- 30 Vereinbarung im Innenverhältnis
- 31 Formular zur Vereinbarung im Innenverhältnis



Das **Leuchtturmsymbol** weist im **Vorsorgelosten** auf besonders wichtige Informationen und Internetseiten hin.

Jede medizinische Maßnahme  
setzt in der Regel die Einwilligung  
des Patienten voraus.

# Liebe Leserin, lieber Leser,



Helvi Seehafer (oben),  
Fachbereichsleiterin  
Pflege, Heike Stieg,  
Sachbearbeiterin  
Hospiz, beide in der  
Bundesgeschäftsstelle  
der Johanniter-Unfall-  
Hilfe in Berlin



wir sind es gewohnt, selbstbestimmt durch unser Leben zu gehen. Vom Hier und Heute ausgehend, können die meisten von uns auch nicht anders, als das aktuelle Befinden ins Unbestimmte der Zukunft zu verlängern. Was aber, wenn uns plötzlich ein unvorhersehbarer Unfall, eine Krankheit, oder doch eher schleichend das Alter einen Strich durch die Rechnung macht? Wenn wir nicht mehr frei und uneingeschränkt unsere Wünsche kommunizieren können und wichtige Entscheidungen dann in den Händen anderer liegen?

Für Fälle dieser Art hat gerade mal jeder Zehnte in Deutschland vorgesorgt. Dabei ist es kein großer Aufwand, seine Wünsche über eine Patientenverfügung und einige Vollmachten zu regeln. Auf diese Weise kann man eindeutig klären, welche medizinischen Maßnahmen und welche Art der Pflege man für sich selbst wünscht, wer für eine notwendige Entscheidung trifft und sich um die Finanzen und weitere wichtige Angelegenheiten kümmert. So lassen sich Konflikte vermeiden und rechtliche Sicherheit schaffen – für alle Beteiligten.

Warum bieten wir Johanniter Ihnen diese Vorlagen an? Als große Hilfsorganisation in Deutschland sind unsere Mitarbeitenden im Rettungsdienst, im Bevölkerungsschutz und natürlich in der Pflege jeden Tag im Kontakt mit Menschen in Extremsituationen. Wir wissen daher aus Erfahrung, dass es für Betroffene und deren Angehörige eine große Erleichterung sein kann, diese Angelegenheiten geregelt zu haben. Deshalb möchten wir auch Sie dazu anregen und unterstützen, vorausschauend Vorsorge zu betreiben.

Schritt für Schritt führen wir Sie mit dieser Broschüre durch die Inhalte der wichtigsten Dokumente. Ob bei der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht, der Betreuungsverfügung oder der Innenvollmacht: In unserem „Vorsorgelotsen“ zeigen wir verständlich, welche Bedeutung diese Dokumente erhalten können und was Sie beim Ausfüllen beachten sollten. Denn uns liegt es am Herzen, dass Sie informierte Entscheidungen treffen. Diese garantieren nämlich nicht nur Ihnen, dass Ihr Wille zählt. Auch Ihre Angehörigen werden entlastet – und können sich sicher sein, nach Ihren Wünschen zu handeln.

Ihre

Helvi Seehafer

Heike Stieg



Patientenverfügung,  
Vorsorgevollmacht,  
Betreuungsverfügung  
– mit diesen wichtigen  
Dokumenten schaffen  
Sie Sicherheit für den  
Ernstfall.

# Dokumente für alle Fälle

Welche Möglichkeiten der Vorsorge gibt es und welche Bereiche decken die jeweiligen Dokumente ab?  
Die Inhalte dieser Broschüre in Kürze.

## Medizinische Angelegenheiten

Liegt eine schwere Krankheitssituation vor oder liegt eine Person im Sterben, ist eine **Patientenverfügung** hilfreich. In dieser kann man vorab individuell und im Detail festlegen, bei welchen Krankheitsbildern welche Art der Unterstützung gewünscht ist – oder auch abgelehnt wird. Eine Patientenverfügung ist für Ärzte bindend und sollte deshalb möglichst klar und rechtsicher formuliert sein.

## Angelegenheiten des Alltags

Sollen Fragen der Regelung von Finanzen, Wohnungs- oder Behördenangelegenheiten geklärt werden, kommen alternativ zwei Dokumente in Frage. Entscheidend dafür ist, ob es im Familien- oder Freundeskreis eine Vertrauensperson gibt. Ist dies der Fall und besteht dabei ein starkes Vertrauensverhältnis, kann so durch eine **Vorsorgevollmacht** geregelt werden, wer für einen sprechen kann, wenn man selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist. Dies beinhaltet auch weitreichende Befugnisse über verschiedene Lebensbereiche wie die Vertretung in Vermögensfragen, Regelungen über den Aufenthaltsort oder eine eventuelle Einweisung in Krankenhäuser und Heime.

Für Alleinlebende ohne eine Vertrauensperson kann mittels einer **Betreuungsverfügung** festgelegt werden, wer gerichtlich für die Betreuung eingesetzt werden soll. Mit dem Dokument bestimmen Sie, wie Sie sich Ihre Betreuung vorstellen. Unter Umständen kann eine Betreuungsverfügung als Ergänzung zur Vorsorgevollmacht sinnvoll sein, da Regelungslücken, z. B. durch Rechtsänderungen nicht zu 100 Prozent ausgeschlossen werden können.

Ergänzend gibt es die **Vereinbarung im Innenverhältnis**: Diese regelt den korrekten Gebrauch einer bereits ausgestellten Vorsorgevollmacht und sollte zusätzlich zu einer solchen unbedingt auch ausgefüllt werden. Darin lässt sich detailliert regeln, welche Aufgaben Vollmachtnehmende haben sollen, oder auch, welche Gegenleistungen sie dafür bekommen.



# Was ist eine Patientenverfügung?

Mit einer Patientenverfügung stellen Sie sicher, dass Ihr Wille auch dann gilt, wenn Sie nicht mehr selbst entscheiden können, zum Beispiel aufgrund einer schweren Krankheit oder eines Unfalls. Sie legen schriftlich fest, ob und wie Sie in bestimmten Situationen behandelt werden möchten.

## Schriftlich geregelt – bindend für alle

Jeder Mensch hat das Recht, über sich selbst zu bestimmen. Das gilt auch dann, wenn Sie Ihren Willen nicht mehr selbst ausdrücken oder durchsetzen können. Für die Festlegung Ihrer selbstbestimmten Entscheidungen für alle Lebenslagen ist eine schriftlich verfasste Patientenverfügung unerlässlich.

Rechtlich ist die Grundlage für eine Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) unter § 1827 Absatz 1 geregelt. Auf dieser Basis ist Ihre individuelle Verfügung für jedes medizinische Personal bindend.

Die Patientenverfügung richtet sich somit in erster Linie an Ärztinnen und Ärzte und das Behandlungsteam. Erstellen Sie Ihre Patientenverfügung im Voraus so konkret wie möglich. Welchen Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen stimmen Sie zu oder welche untersagen Sie? Legen Sie beispielsweise folgende Bestimmungen fest:

- Lebenserhaltende Maßnahmen im Allgemeinen
- Schmerz- & Symptombehandlung
- Künstliche Ernährung & Flüssigkeitszufuhr
- Künstliche Beatmung
- Wiederbelebung
- Dialyse
- Verabreichung von Antibiotika
- Bluttransfusionen

Stellen Sie auch Ihre persönlichen Wertvorstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben und Sterben und religiöse Anschauungen dar. Sie dienen dem medizinischen Personal als Ergänzung und Auslegungshilfe, um Ihren Willen besser nachvollziehen zu können.

## Entscheidungen in Ihrem Sinne

Um sicherzustellen, dass Ihrem Willen möglichst genau entsprochen wird, sollten Sie eine Vertrauensperson benennen. Falls sich Ihre medizinische Situation zum Beispiel von Ihren Festlegungen unterscheidet, ist der oder die Betreuende oder Bevollmächtigte verpflichtet, in Ihrem Sinne das weitere Vorgehen zu bestimmen. Die von Ihnen bestimmte Person sollte Sie daher genau kennen. Gehen Sie gemeinsam Ihre Wünsche und Vorstellungen für den Notfall durch.

Die nachfolgenden Textbausteine der Patientenverfügung geben Ihnen mit konkreten Formulierungen eine Hilfestellung. Passagen, denen Sie nicht zustimmen, streichen Sie, Ergänzungen notieren Sie nach Bedarf auf einem zusätzlichen Blatt. Verzichten Sie dabei auf allgemeine Formulierungen, sondern erklären Sie ganz genau Ihre Vorstellungen. Denken Sie auch an regelmäßige Aktualisierungen, wenn sich an Ihrer Lebenssituation etwas geändert hat.

Hinterlegen Sie Ihre fertig erstellte Patientenverfügung in Kopie bei einer oder einem Bevollmächtigten und möglichst einer weiteren Vertrauensperson. Eine Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister ([www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)) ist ebenfalls möglich. Damit Helfende im Notfall alle Informationen zu der oder dem Bevollmächtigten und dem Aufbewahrungsort Ihrer Dokumente schnell zur Hand haben, nutzen Sie unseren Notfallausweis für den Geldbeutel (siehe Umschlagklappe auf Seite 2).



## Weitere Informationen

Die vom Bundesministerium der Justiz (BMJ) herausgegebene Broschüre „Patientenverfügung“ enthält weitere Informationen zu den Themen Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

[www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html](http://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Patientenverfuegung.html)

# Formular zur Patientenverfügung

---

Ich (nachstehend Vollmachtgeber / in genannt)

---

Vor- / Nachname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße / Hausnr.:

---

PLZ / Ort:

---

Telefon / E-Mail:

---

## 1. Situationen, in denen meine Patientenverfügung gelten soll

(Hinweis / Ausfüllhilfe: Ausgewählte Optionen sind anzukreuzen, nicht gewählte Optionen sind durchzustreichen.)

Diese Verfügung gilt für folgende Situationen, in denen ich meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, und zwar wenn ich:

- ☐ mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- ☐ mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☐ infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte (können namentlich benannt werden) aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.<sup>1</sup>
- ☐ infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.<sup>2</sup>

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:

---

---

---

(Hinweis: Hier besteht die Möglichkeit, weitere Situationen zu beschreiben, in denen eine Einwilligungsunfähigkeit eintreten kann und in denen die Patientenverfügung gelten soll.)

## 2. Medizinische Festlegungen (Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen)

Für die unter Ziffer 1 genannten Situationen sollen folgende medizinische Maßnahmen erfolgen bzw. unterlassen werden:

### 2.1. Lebenserhaltende Maßnahmen

Ich wünsche,

- ☐ dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten.

oder

- ☐ dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs und Flüssigkeitsaufnahme. Ich erwarte allerdings eine fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.<sup>3</sup>

### 2.2. Durchführung von Wiederbelebungsversuchen<sup>4</sup>

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ Versuche der Wiederbelebung.

oder

- ☐ keine Wiederbelebungsversuche. Soweit ein Notarzt oder eine Notärztin verständigt wurde, soll er unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

Nicht nur in den beschriebenen Situationen, sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- ☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.

oder

- ☐ lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z. B. Operationen) unerwartet eintreten.

### 2.3. Durchführung einer künstlichen Beatmung

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ eine künstliche Beatmung, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- ☐ dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird. Ich möchte lediglich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalten, auch wenn dadurch eine Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente eintritt.

## 2.4. Dialyse (Blutwäsche)

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ eine künstliche Blutwäsche (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- ☐ dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.

## 2.5. Einsatz von Antibiotika

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ die Gabe von Antibiotika, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- ☐ die Gabe von Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.<sup>5</sup>

oder

- ☐ keine Antibiotika.

## 2.6. Blut/ Blutbestandteile

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

- ☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.

oder

- ☐ die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung.

oder

- ☐ keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.

## 2.7. Schmerz und Symptombehandlung<sup>6</sup>

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- ☐ aber ohne bewusstseinsdämpfende Wirkungen.

oder

- ☐ wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch Mittel mit bewusstseinsdämpfenden Wirkungen zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer Lebensverkürzung durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.



## 2.8. Durchführung von künstlicher Ernährung/ Flüssigkeitszufuhr\*<sup>7</sup>

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

- ☐ dass eine künstliche Ernährung und künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wenn damit mein Leben verlängert werden kann.

oder

- ☐ dass nur eine künstliche Flüssigkeitszufuhr begonnen oder weitergeführt wird, wie sie nach derzeitigem Erkenntnissen der Palliativmedizin<sup>8</sup> angemessen ist.

oder

- ☐ dass keine künstliche Ernährung, unabhängig von der Form der künstlichen Zuführung der Nahrung (z.B. mit einer Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke oder venöse Zugänge) und keine künstliche Flüssigkeitszufuhr (außer zur Beschwerdelinderung) erfolgen. Falls solche Maßnahmen bereits begonnen worden sind, sollen diese beendet werden. Hunger und Durst sollen nur auf natürliche Weise gestillt werden z.B. durch Anreichen des Essens/der Getränke, jedoch ohne Zwang bei Nichtannahme (z.B. Verweigerung durch Gestik/Mimik). Es sollen nur lindernde Pflegemaßnahmen zur Beschwerdelinderung erfolgen.

## 3. Werte, Wünsche und Anmerkungen zu Krankheit und Leiden

---

---

---

---

(Hinweis: Soweit bereits spezifizierte Krankheiten bei Ihnen vorliegen, sollten Sie sie hier ebenfalls beschreiben. Darüber hinaus ist es sinnvoll, eine Patientenverfügung um persönliche Wertevorstellungen und Einstellungen zum Leben und Sterben zu konkretisieren und persönliche Ergänzungen aufzunehmen.)

## 4. Ort der Behandlung/ Begleitung am Lebensende

Ich möchte

- ☐ wenn möglich an meinem Lebensende zu Hause in vertrauter Umgebung sterben.

oder

- ☐ in einem Hospiz aufgenommen werden, wenn möglich.

oder

- ☐ in ein Krankenhaus zum Sterben verlegt werden.

## Ich möchte an meinem Lebensende einen Beistand

☐ durch folgende Personen:

---

---

---

---

---

☐ durch einen Hospizdienst.

☐ durch eine/n Vertreter/Vertreterin folgender Kirchen, Religions- oder Weltanschauungsgemeinschaften:

---

---

---

---

---

## 5. Organspende

☐ Ich stimme einer Organspende bei einem sich abzeichnendem Hirntod zu<sup>9</sup>. Müssen für eine Organspende ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann<sup>10</sup>

☐ geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor. Für diesen Fall gestatte ich die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien der Bundesärztekammer sowie zum Schutz der Organe bis zu ihrer Entnahme. Das soll auch für den Fall gelten, dass zu erwarten ist, dass der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird. Mit palliativmedizinischer Betreuung in dieser Lebensphase muss ausgeschlossen werden, dass ich unter dieser Lebensverlängerung leide.

oder

☐ gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

☐ Eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken lehne ich ab.

## 6. Auslegung und Interpretation meiner Patientenverfügung

- ☐ Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille soll befolgt werden. Mein(e) Bevollmächtigte(r) bzw. mein(e) Betreuer(in) soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille umgesetzt wird.
- ☐ Sollte ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meinem Bevollmächtigtem bzw. meinem/meiner Betreuer(in) erwarte ich, dass er/sie die weitere Behandlung so organisiert, dass sie meinem mutmaßlichen Willen entspricht.
- ☐ In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
- ☐ meiner/meinem Bevollmächtigten **oder**
- ☐ meiner Betreuerin/meinem Betreuer **oder**
- ☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt **oder**
- ☐ andere Person: \_\_\_\_\_
- ☐ Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, das Pflegepersonal oder mein(e) Bevollmächtigte(r) bzw. Betreuer(in) aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei Meinungsverschiedenheiten über ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen: (Alternativen)
- ☐ meiner/meinem Bevollmächtigten **oder**
- ☐ meiner Betreuerin/meinem Betreuer **oder**
- ☐ der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt **oder**
- ☐ andere Person: \_\_\_\_\_

## 7. Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

---

---

---

## 8. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

- ☐ meiner / meinem Bevollmächtigten **oder**
- ☐ meiner Betreuerin / meinem Betreuer **und / oder**
- ☐ andere Person: \_\_\_\_\_

## 9. Weitere Vorsorgeverfügungen

- ☐ Neben dieser Patientenverfügung habe ich noch eine Vorsorgevollmacht erteilt und mit der / den von mir bevollmächtigten Person / en über den Inhalt dieser Patientenverfügung gesprochen:

---

### Bevollmächtigte(r)

---

Vor- / Nachname:

---

Straße / Hausnr.:

---

PLZ / Ort:

---

Telefon / E-Mail:

---

---

### Bevollmächtigte(r)

---

Vor- / Nachname:

---

Straße / Hausnr.:

---

PLZ / Ort:

---

Telefon / E-Mail:

---

**oder**

- ☐ Ich habe ausschließlich eine Betreuungsverfügung zur Auswahl der Betreuerin oder des Betreuers erstellt.  
Gewünschte(r) Betreuerin / Betreuer

Vor- / Nachname:

---

Straße / Hausnr.:

---

PLZ / Ort:

---

Telefon / E-Mail:

---

## 10. Ärztliche Aufklärung/ Ausschluss weiterer ärztlicher Aufklärung

- ☐ Ich wurde von meinem(r) Arzt/Ärztin bezüglich der möglichen Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt und war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

\_\_\_\_\_  
Vor- /Nachname:

\_\_\_\_\_  
Praxis:

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnr.:

\_\_\_\_\_  
PLZ /Ort:

\_\_\_\_\_  
Telefon/E-Mail:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes, Stempel

- ☐ Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner in der Patientenverfügung getroffenen Entscheidungen bewusst.

(Hinweis: Die Bestätigung, dass der Ersteller der Patientenverfügung keine (weitere) ärztliche Aufklärung wünscht, ist wichtig. Denn bestimmte ärztliche Eingriffe dürfen nur dann wirksam vorgenommen werden, wenn ein Arzt den Patienten vorher hinreichend über die medizinische Bedeutung und Tragweite der geplanten Maßnahmen, alternative Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen eines Verzichts aufgeklärt hat. Einer ärztlichen Aufklärung bedarf es jedoch nicht, wenn der einwilligungsfähige Patient auf eine ärztliche Aufklärung verzichtet hat. Um die medizinischen Maßnahmen, die in einer Patientenverfügung geregelt werden und auch die Tragweite zu verstehen, ist eine ärztliche Beratung jedoch anzuraten.)

- ☐ Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung beraten lassen durch

\_\_\_\_\_  
Vor- /Nachname:

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnr.:

\_\_\_\_\_  
PLZ /Ort:

\_\_\_\_\_  
Telefon/E-Mail:

## Unterschrift

Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs einer Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst und habe die Patientenverfügung in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Außerdem bin ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Aktualisierung meiner Patientenverfügung

Um meinen in der Patientenverfügung (erstellt am \_\_\_\_\_ (Datum), niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- ☐ in vollem Umfang.
- ☐ mit folgenden Änderungen:

[illegible]

Ort, Datum

Unterschrift

(Hinweis: Um deutlich zu machen, dass die Patientenverfügung immer noch aktuell ist, können Sie in regelmäßigen Abständen eine Aktualisierung vornehmen. Die Patientenverfügung hat aber auch ohne Aktualisierung weiterhin Bestand.)



# Aktualisierung meiner Patientenverfügung

Um meinen in der Patientenverfügung (erstellt am \_\_\_\_\_ (Datum), niedergelegten Willen zu bekräftigen, bestätige ich diesen nachstehend:

- ☐ in vollem Umfang.
- ☐ mit folgenden Änderungen:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Ort, Datum

Unterschrift

(Hinweis: Um deutlich zu machen, dass die Patientenverfügung immer noch aktuell ist, können Sie in regelmäßigen Abständen eine Aktualisierung vornehmen. Die Patientenverfügung hat aber auch ohne Aktualisierung weiterhin Bestand.)

# Erläuterung der Fußnoten\*

1. Dieser Punkt betrifft nur Gehirnschädigungen, die zu dem Verlust der Fähigkeit führen, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkomaähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patientinnen oder Patienten sind in der Regel unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nierentätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Menschen im Wachkoma sind bettlägerig, pflegebedürftig und müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In seltenen Fällen können sich auch bei Menschen im Wachkoma nach mehreren Jahren noch günstige Entwicklungen einstellen, die ein eingeschränkt selbstbestimmtes Leben erlauben. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist bislang nicht möglich.
2. Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen, die durch einen weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozess eintreten. Unter diese Erkrankungen fallen zum Beispiel Demenzerkrankungen (z. B. Alzheimer-Krankheit). Die Patientinnen und Patienten sind im fortgeschrittenen Stadium nicht mehr fähig, Einsichten zu gewinnen, mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren und müssen im späteren Krankheitsstadium gepflegt werden, weil sie trotz Hilfestellung keine Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise mehr zu sich nehmen können. Dennoch bleibt die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten.
3. Die Äußerung, "keine lebenserhaltenden Maßnahmen" zu wünschen, stellt jedenfalls für sich genommen nicht die für eine wirksame Patientenverfügung erforderliche hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung dar. Die insoweit erforderliche Konkretisierung kann aber gegebenenfalls durch die Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen oder die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen erfolgen. Es spricht folglich grundsätzlich nichts gegen die Verwendung dieser Formulierung, soweit diese nicht isoliert erfolgt, sondern mit konkreten Beschreibungen der Behandlungssituationen und spezifizierten medizinischen Maßnahmen, wie sie unter Ziffer 2.1 ff. enthalten sind, kombiniert wird.
4. Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Wiederbelebungsmaßnahmen sind nicht leidensmindernd, sondern dienen der Lebenserhaltung. Gelegentlich kann es im Rahmen von geplanten medizinischen Eingriffen (z. B. Operationen) zu kurzfristigen Problemen kommen, die sich durch Wiederbelebungsmaßnahmen ohne Folgeschäden beheben lassen.
5. Die Palliativmedizin kümmert sich in erster Linie um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen. Ziel ist die Beschwerdelinderung und nicht mehr die Lebensverlängerung.
6. Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend. Nur in äußerst seltenen Situationen kann gelegentlich die zur Symptomkontrolle notwendige Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch sein, dass eine unbeabsichtigte geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte sogenannte indirekte Sterbehilfe).

\*Hinweis: Die Ausführungen zu den medizinischen Begriffen wurden weitgehend aus der Broschüre „Patientenverfügung“ des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) übernommen.

Details beim Verfassen einer Patientenverfügung können mit medizinischen Fachkräften besprochen werden.



7. Das Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gehört zu jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen (Sterbende und wahrscheinlich auch Menschen im Wachkoma) haben allerdings kein Hungergefühl. Insofern kann in den unter Nummer 1 beschriebenen Zuständen die künstliche Ernährung nur selten als wirklich lindernde Behandlung betrachtet werden. Das Durstgefühl ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden, künstliche Flüssigkeitsgabe hat aber nur sehr begrenzten Einfluss auf das Durstgefühl. Dies wird besser durch Anfeuchten der Atemluft und durch fachgerechte Mundpflege gelindert. Die Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden kann schädlich sein, weil sie u. a. zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann (für Details siehe den Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“ des Bayerischen Sozialministeriums, erhältlich unter [https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern\\_Leitfaden\\_2008.pdf](https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/palliativ/Dokumente/Bayern_Leitfaden_2008.pdf))
8. Die Palliativmedizin kümmert sich in erster Linie um die Beschwerdelinderung und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen. Ziel ist die Beschwerdelinderung und nicht mehr die Lebensverlängerung.
9. Die Informationsbroschüren „Antworten auf wichtige Fragen“ und „Entscheidungshilfe Organ- und Gewebespende“ informieren rund um das Thema Organ- und Gewebespende. Sie können ebenso wie der Organspendeausweis kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden. Per Post unter: BZgA, 51101 Köln, per Fax unter: 0221 8992257 und per E-Mail unter: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de). Unter der kostenlosen Rufnummer 0800 9040400 erreichen Sie das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr. Das Team des Infotelefons beantwortet Ihre Fragen zur Organ- und Gewebespende und zur Transplantation.
10. Weitergehende Informationen zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung enthält die Broschüre "Organspende in der Patientenverfügung" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): <https://shop.bzga.de/organspende-in-der-patientenverfuegung-60284011/>



#### Weitere Informationen

Download der Dokumente zur Organ- und Gewebespende unter:

<https://shop.bzga.de/antworten-auf-wichtige-fragen-c-426/>

<https://shop.bzga.de/entscheidungshilfe-zur-organ-und-gewebespende/>

# Persönliche Wertvorstellungen

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum/-ort:

Straße/Hausnr.:

PLZ / Ort:

Wichtige Ergänzungen und Verstärkung der Patientenverfügung können persönliche Gedanken zur eigenen Lebens- und Krankheitssituation, zu den eigenen Wertvorstellungen oder zu persönlichen religiösen und ethischen Grundsätzen sein. Die Formulierung der eigenen Wertvorstellungen vom Leben und Sterben dient dazu, Ihren Angehörigen, Ärzten oder Betreuern Ihre Vorstellungen und Wünsche verständlich zu machen. Eine Patientenverfügung ist zwar auch ohne die Formulierung eigener Wertvorstellungen gültig, allerdings ist sie immer zu empfehlen, weil Sie Ihren Angehörigen, Ärzten und Betreuern hilft, in schwierigen Behandlungssituationen eine Entscheidung zu treffen.

Ort, Datum

Unterschrift

# Fragen und Beispiele zur Formulierung der persönlichen Wertvorstellungen

## Mögliche Fragen:

- Wollen Sie noch möglichst lange leben? Oder geht Ihnen die Qualität des Lebens vor Quantität?
- Wann wäre das Leben für Sie nicht mehr lebenswert?
- Was wünschen Sie sich im Hinblick auf das eigene Sterben? Wollen Sie noch möglichst lange leben oder geht Ihnen die Qualität des Lebens vor Quantität?
- Was ist würdevolles Sterben für Sie?
- Haben Sie Krankheiten, Tod oder Pflegebedürftigkeit bei anderen Menschen miterlebt?
- Haben Sie Angst, anderen zur Last zu fallen?
- Wie wirken Behinderungen anderer Menschen auf Sie? Gibt es für Sie einen Unterschied zwischen geistiger und körperlicher Behinderung? Was wäre die schlimmste Behinderung, die Sie persönlich treffen könnte?
- Gibt es viele „unerledigte“ Dinge in Ihrem Leben, für die Sie noch Zeit brauchen?
- Wie möchten Sie auf keinen Fall sterben?
- Welche persönlichen Überzeugungen haben Sie über den Tod?

## Beispiele:

Ich bin 66 Jahre alt und werde bald den Ruhestand antreten. Meine Krankheiten (Schlaganfall, Wadenbeinbruch) habe ich gut verkraftet. Nachdem meine erste Frau vor 15 Jahren verstorben ist, habe ich neu geheiratet. Mit meinen beiden Kinder verstehe ich mich sehr gut. Ich habe Angst vor dem Sterben und wollte schon immer möglichst lange leben. Wenn ich auf pflegerische Hilfe angewiesen sein sollte, weiß ich, dass meine Kinder dies nicht als unzumutbare Belastung empfinden würden. Außerdem kann ich gut Hilfe annehmen und mir vorstellen, dass selbst bei schweren körperlichen Einschränkungen die Pflege durch meine Kinder für mich gut erträglich wäre. Anders wäre es allerdings, wenn ich völlig verwirrt wäre, wie ich das bei meinem älteren Bruder gerade fast täglich erlebe. So möchte ich nicht weiterleben, das erscheint mir sehr unwürdig. In einem solchen Fall möchte ich keine künstlichen lebensverlängernden Maßnahmen bei mir durchführen lassen.

Ich bin 75 Jahre alt, alleinstehend und habe in meinem Leben immer viel gearbeitet. Nach dem frühen Krebstod meines Bruders hatte ich erst einen Herzinfarkt, dann eine schwere Corona-Infektion. Wegen einer akuten Lungenentzündung musste ich 6 Wochen auf der Intensivstation versorgt und im künstlichen Koma mit einer Maschine beatmet werden. Das will ich auf keine Fall noch einmal durchleben müssen. Das Schlimmste wäre für mich, wenn ich ein Pflegefall wäre und nur noch künstlich am Leben erhalten werden kann. In einer solchen Situation bitte ich darum, dass man mich in Würde und ohne Maschinen sterben lässt.

Ich bin 49 Jahre alt, verheiratet, habe einen tollen Mann und zwei wunderbare Kinder, die ich sehr liebe. Bis auf kleinere Beschwerden war ich immer sehr gesund und habe regelmäßig Sport gemacht. Deshalb ist Unbeweglichkeit und das Angewiesensein auf fremde Hilfe für mich eine unerträgliche Vorstellung. Ich habe keine Angst vor dem Tod und bevorzuge ein natürliches, schnelles Sterben, möglichst ohne Leiden, dafür aber in Würde. Bei einer körperlichen Behinderung würde ich vermutlich noch Lebensqualität empfinden, auf keinen Fall jedoch möchte ich aber als Pflegefall enden bzw. als Komapatientin am Leben erhalten werden. Dies möchte ich weder meiner Familie noch anderen Menschen zumuten.

# Dafür brauche ich eine Vorsorgevollmacht

Im Alter, nach einem Unfall oder im Krankheitsfall ist es gut, wenn Sie sich auf Menschen in Ihrer Nähe verlassen können. Mit einer Vorsorgevollmacht bestimmen Sie, wer für Sie handeln und entscheiden soll.

Auch Ihre Familienangehörigen sind ohne Vollmacht nicht automatisch berechtigt, eine gesundheitliche Entscheidung zu treffen oder eine Unterschrift zu leisten, wenn Sie selbst dazu nicht mehr in der Lage sind.

Nur Eheleute haben ein gesetzliches Notvertretungsrecht im Bereich der Gesundheitsvorsorge für sechs Monate. Danach wird ebenfalls eine gesetzliche Betreuung festgelegt. Behördengänge, Bankgeschäfte oder Versicherungsangelegenheiten sind nicht abgedeckt. Diese Punkte müssen daher auch weiterhin in einer Vorsorgevollmacht geregelt werden.

Mit der Vorsorgevollmacht ist der oder die Bevollmächtigte sofort handlungsfähig und kann in einem Notfall wichtige Entscheidungen für Sie treffen. Die Vorsorgevollmacht umfasst vor allem die Gesundheitsfürsorge, Vermögensverwaltung, Regelungen über Aufenthaltsort wie die Einweisung in ein Krankenhaus oder Pflegeheim. Zudem hat die bevollmächtigte Person das Recht zur Einsicht in Ihre Krankenakten.

## General- oder Teilvollmacht

Damit Bevollmächtigte nicht die Verantwortung alleine schultern müssen, können Teilvollmachten erteilt werden. Dabei sollte jede oder jeder für ihren bzw. seinen Teilbereich selbstständig entscheiden können, um handlungsfähig zu bleiben.

Entscheiden Sie sich gegen eine Generalvollmacht zugunsten einer Teilvollmacht, können Sie zum Beispiel einzelne Lebensbereiche benennen wie

- Aufenthalt und Wohnung
- Behörden, Versicherungen, Gerichte
- Vertretung in Vermögensfragen
- Post und Telefon
- Gesundheit und Pflege



### Formulare online

Unsere Formulare finden Sie auch als ausfüllbare PDF-Dateien zum Download unter [www.johanniter.de/vorsorge](http://www.johanniter.de/vorsorge)



Schenken Sie jemandem Ihr volles Vertrauen, ist das Ausfüllen einer Vorsorgevollmacht empfehlenswert.



# Formular zur Vorsorgevollmacht

---

## Ich (nachstehend Vollmachtgeber/in genannt)

---

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

erteile im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte sowie ohne Zwang und aus freiem Willen für den Fall, dass ich zeitweise oder dauerhaft wegen Alters, Krankheit oder aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht ansprechbar bin oder meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann oder zu einem späteren Zeitpunkt erkläre, dass ich mich nicht mehr imstande sehe, sie selbst zu besorgen, der folgenden Vertrauensperson Vollmacht:

---

## Ich (nachstehend Bevollmächtigte/r genannt)

---

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon, Telefax:

E-Mail:

Der/die Bevollmächtigte wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes die Urkunde im Original vorlegen kann.

# I. Vollmacht

1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit	Ja	Nein
Der/Die Bevollmächtigte darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege, die Unterbringung/Entlassung in/aus einem Pflegeheim, Hospiz, Krankenhaus oder einer sonstigen Einrichtung. Er/Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie darf bei den mich behandelnden Ärzten und Pflegepersonen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und die medizinische Behandlung einholen sowie meine Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber dem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht. Die/Der Bevollmächtigte darf ihrerseits/seinerseits alle mich behandelnden Ärzte und nicht-ärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. Gleiches gilt für alle weiteren Stellen und Personen, die einer Schweigepflicht unterliegen (z.B. Rechtsanwälte, Steuerberater, Krankenkassen, Versicherungen, Behörden usw.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie darf meine Behandlungswünsche/meinen mutmaßlichen Willen ermitteln und in eine medizinische Maßnahme einwilligen oder diese ablehnen (§ 1827 Absatz 1 und 2 BGB) sowie Maßnahmen mit dem behandelnden Arzt erörtern (§ 1828 Absatz 1 BGB).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie darf kontrollieren, ob ich in der Einrichtung, in der ich untergebracht bin, eine angemessene ärztliche und pflegerische Betreuung erhalte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf er/sie über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB) entscheiden</b> (danach ist eine Unterbringung zum Wohl des Vollmachtgebers erforderlich, wenn aufgrund einer psychischen Erkrankung oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass sich der Vollmachtgeber selbst tötet oder sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt oder wenn die Notwendigkeit einer Unterbringung des Vollmachtgebers zum Zwecke einer Untersuchung, einer Heilbehandlung oder eines ärztlichen Eingriffes besteht und der Vollmachtgeber dies nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann),	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB) entscheiden (wenn der Vollmachtgeber sich, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll),	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
über eine ärztliche Zwangsmaßnahme (§ 1832 Absatz 1 BGB) sowie über die Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus (§ 1832 Absatz 4 BGB) entscheiden, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme notwendig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir ist bekannt, dass der Bevollmächtigte in diesen Fällen die Genehmigung des Betreuungsgerichtes benötigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten	Ja	Nein
Er/Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals Heimvertrag) abschließen und kündigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vertretung vor Behörden und sonstigen Stellen	Ja	Nein
Der/Die Bevollmächtigte darf mich bei Behörden und öffentlichen Stellen, Versicherungen, Kranken-, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch datenschutzrechtliche Einwilligungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, die Bestattung zu regeln und Entscheidungen über den Leichnam zu treffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vermögenssorge	Ja	Nein
Der/Die Bevollmächtigte darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte – auch im Ausland – vornehmen, Verträge aller Art abschließen, aufheben, anfechten oder kündigen, Erklärungen aller Art abgeben/entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Der/die Bevollmächtigte darf insbesondere:</b>		
über Vermögensgegenstände jeder Art einschließlich Grundbesitz <sup>1</sup> und sonstiges in öffentlichen Registern vorgetragenes Vermögen verfügen,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zahlungen und Wertgegenstände für mich annehmen oder Zahlungen vornehmen, Verbindlichkeiten eingehen und Sicherheiten leisten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben und mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mich in allen Renten-, Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Rechtsangelegenheiten umfassend vertreten und Versorgungsbezüge jeglicher Art, vor allem Renten/Pensionen, ggf. auch Sozialhilfe, beantragen,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vereinbarungen mit Kliniken, Alters- und Pflegeheimen abschließen (und soweit erforderlich auch Sicherungshypotheken für den Sozialhilfeträger bestellen),	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Erbschaften annehmen oder ausschlagen, Verfügungen von Todes wegen anerkennen oder anfechten, Erbschaften annehmen oder ausschlagen, mich als Erbe, Pflichtteilsberechtigter, Vermächtnisnehmer, Schenker oder Beschenktem zu vertreten, auch bei Vermögens- und Gemeinschaftsauseinandersetzungen und bei der Abgabe von jeglichen Erklärungen, die zur vollständigen Regelung von Nachlässen und zu deren Teilung notwendig sind,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bis zur amtlichen Feststellung der Erben meinen Nachlass verwalten und in Besitz nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der/Die Bevollmächtigte soll mein Vermögen nach den Regeln ordnungsgemäßer Bewirtschaftung gewinnbringend sicher, aber nicht spekulativ anlegen und die Erträge, wenn nötig auch die Substanz, für meine Versorgung bzw. Unterbringung einsetzen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er/Sie soll Geschenke nur in dem für einen Betreuer zulässigen Umfang machen (§ 1854 Nr. 8 BGB).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn absehbar wird, dass ich auf Dauer in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht sein werde, soll der/die Bevollmächtigte meinen Hausstand auflösen; Grundbesitz und Hausrat, soweit ich diese für Wohnzwecke nicht mehr benötige und nicht letztwillig darüber verfügt habe, veräußern, wenn dies wirtschaftlich vernünftig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Folgende Geschäfte darf der/die Bevollmächtigte nicht wahrnehmen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



### Grundbesitz

Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (vgl. Ziffer 2.1.5 der Broschüre „Betreuungsrecht“: [www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Betreuungsrecht.pdf](http://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Betreuungsrecht.pdf)).



## Zahlungsverkehr

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

5. Banken	Ja	Nein
Der/Die Bevollmächtigte darf		
über Guthaben (z. B. durch Überweisung, Barabhebungen, Schecks) verfügen und in diesem Zusammenhang auch Festgeldkonten und sonstige Einlagenkonten einrichten,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
eingeräumte Kredite in Anspruch nehmen und von der Möglichkeit vorübergehender Konto-Überziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch machen,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Verkäufe von Edelmetallen, Schmuck und Wertpapieren (mit Ausnahme von Finanztermingeschäften) und Devisen tätigen und die Auslieferung an sich verlangen,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abrechnungen, Kontoauszüge, Wertpapier-, Depot- und Ertragnisaufstellungen sowie sonstige die Konten/Depots betreffenden Mitteilungen und Erklärungen entgegennehmen und anerkennen,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Debitkarten beantragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Post- und Fernmeldeverkehr/Digitale Medien	Ja	Nein
Der/Die Bevollmächtigte darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte (auch elektronische) Post entgegennehmen, öffnen und anhalten sowie über den Fernmeldeverkehr (einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen) entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der/die Bevollmächtigte darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im Internet, insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Er/sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Vertretung vor Gericht	Ja	Nein
Der/Die Bevollmächtigte darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Verfahrens- und Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Untervollmacht	Ja	Nein
Der/Die Bevollmächtigte darf Untervollmacht erteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## II. Betreuungsverfügung / Patientenverfügung

---

Ich wünsche nicht, dass für mich vom Betreuungsgericht ein Betreuer bestellt wird und habe deshalb so umfassend wie möglich eine Betreuungsverfügung (§ 1814 Abs. 3 BGB) ausgestellt. Sollte trotz meiner Betreuungsverfügung die Bestellung eines Betreuers erforderlich werden, wünsche ich, dass der/die hier in der Vorsorgevollmacht benannte Bevollmächtigte zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin bestellt wird.

☐☐

Ich habe eine Patientenverfügung erstellt, die im Falle meiner Geschäfts- und Entscheidungsunfähigkeit als mein Wille gelten soll. Sie sollen von dem/der Bevollmächtigten als Weisung im Innenverhältnis und – falls ein Betreuer bestellt wird – von diesem als meine Wünsche gemäß § 1827 BGB beachten werden.

☐☐

## III. Geltung der Vorsorgevollmacht

1. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs der Vorsorgevollmacht sowie der Betreuungs- und Patientenverfügung bekannt. Ich bin mir des Inhaltes und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bewusst. Meine hiermit niedergelegten Entscheidungen habe ich nach sorgfältiger Überlegung getroffen. Sie sind Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich dies nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) zum Ausdruck gebracht habe.
2. Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.
3. Die in Abschnitt I. genannte Vollmacht ist unbedingt und unbefristet erteilt. Die in dieser Vollmacht erteilten Weisungen gelten nur für den Bevollmächtigten im Innenverhältnis und berühren nicht die uneingeschränkte Gültigkeit der Vollmacht nach außen. Das zugrundeliegende Auftragsverhältnis erlischt nicht mit meinem Tode oder dem Eintritt von Geschäftsunfähigkeit bei mir. Es erlischt jedoch, wenn ich oder nach meinem Tode meine Erben die Vollmacht widerrufen.

## IV. Hinweise und Belehrungen

1. Ich bin über die Bedeutung einer Vorsorgevollmacht sowie der in meinen Weisungen an den Bevollmächtigten enthaltenen Vorsorgeverfügungen angemessen informiert. Insbesondere habe ich mich über die in der genannten Vollmacht und den Weisungen angesprochenen medizinischen Fragen unterrichtet und wünsche insoweit keine weitere Belehrung oder ärztliche Aufklärung. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs dieser Vorsorgevollmacht bekannt.
2. Mir ist bekannt, dass Bevollmächtigte zu den Entscheidungen gemäß §§ 1829 Abs. 1, 2 und 1831 Abs. 4 BGB (ärztliche Maßnahmen mit möglicherweise schwerwiegenden Folgen, freiheitsentziehende Unterbringung und andere freiheitsentziehende Maßnahmen) und entsprechend der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes auch zur Verweigerung der Einwilligung in eine lebensverlängernde oder erhaltende Behandlung oder Weiterbehandlung unter den gleichen Voraussetzungen wie Betreuer der gerichtlichen Genehmigung bedürfen.
3. Mir ist ferner bewusst, dass ein rechtsgeschäftlich Bevollmächtigter im Übrigen nicht den gerichtlichen Kontroll- und Genehmigungsvorbehalten unterliegt, die für den Betreuer gelten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin





Auch für nahe Angehörige gilt: Um Entscheidungen für ihre Verwandten treffen zu können, muss eine Vollmacht vorliegen.

# Dafür brauche ich eine **Betreuungsverfügung**

Gibt es niemanden, dem Sie uneingeschränkt vertrauen und würden Sie gerne eine gerichtliche Kontrolle sichern? Dann können Sie mit einer **Betreuungsverfügung** vorsorgen.

Mit einer **Betreuungsverfügung** schlagen Sie dem Betreuungsgericht eine oder als Alternative auch eine weitere Person vor, die als Betreuende ernannt werden sollen. Sie können aber auch gezielt Personen davon ausschließen. Das zuständige Gericht prüft dann grundsätzlich, ob sich die in der Verfügung eingesetzte Person als Betreuer eignet – und überprüft die Arbeit von Betreuenden regelmäßig.



## **Details zum Betreuungsrecht**

Weitere Informationen zum Betreuungsrecht finden Sie in dieser Broschüre:  
[www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Betreuungsrecht.pdf](http://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschueren/Betreuungsrecht.pdf)

# Formular zur Betreuungsverfügung

---

## Ich (nachstehend Vollmachtgeber/in genannt)

---

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon/E-Mail:

lege hiermit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte für den Fall, dass ich zeitweise oder dauerhaft wegen Alters, Krankheit oder aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht ansprechbar bin oder meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann oder dass ich zu einem späteren Zeitpunkt erkläre, dass ich mich nicht mehr imstande sehe, sie selbst zu besorgen und deshalb eine Person zur Betreuung für mich bestellt werden muss, fest, dass folgende Person zum/zur Betreuer/in ernannt werden soll:

---

## Betreuer/in

---

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon/E-Mail:

---

## Alternative/r Betreuer/in, falls die vorstehend genannte Person nicht bestellt werden kann

---

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon, E-Mail:

---

Person, die auf keinen Fall zum Betreuer/zur Betreuerin ernannt werden soll

---

Vor-/Nachname:

---

Geburtsdatum:

---

Geburtsort:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon, E-Mail:

---

## Wünsche und Anmerkungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



Die Vereinbarung im  
Innenverhältnis sorgt  
für klare Regelungen.

# Vereinbarung im Innenverhältnis

Wer eine Vorsorgevollmacht erstellt, kommt um eine Innenverhältnisregelung nicht herum. Diese ist mindestens genauso wichtig, wie die Vorsorgevollmacht selbst. Denn sie regelt den korrekten Gebrauch der Vollmacht.

## Klare Regeln verhindern Missbrauch

Die Vereinbarung im Innenverhältnis wird zwischen Vollmachtgebenden und Vollmachtnehmenden getroffen. Sie stellt den korrekten Gebrauch der Vollmacht sicher und vermeidet somit Missbrauch.

Beispiele für eine Festlegung:

- Für welchen Handlungsrahmen gilt die Vorsorgevollmacht?
- Welche Rangfolge gibt es bei mehreren Bevollmächtigten?
- Wann darf die Vollmacht eingesetzt werden?
- Welche Aufgaben sollen übernommen werden?
- Welche Gegenleistungen werden vereinbart?
- Welche Rechnungen und Quittungen sind vorzulegen?



### Formulare online

Unsere Formulare finden Sie  
auch als ausfüllbare PDF-  
Dateien zum Download unter  
[www.johanniter.de/vorsorge](http://www.johanniter.de/vorsorge)

# Formular zur Vereinbarung im Innenverhältnis

## Zwischen

---

nachfolgend Vollmachtgeber/in genannt

---

Vor-/Nachname:

---

Geburtsdatum/-ort:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon / E-Mail:

---

## und

---

nachfolgend Bevollmächtigte/r genannt

---

Vor-/Nachname:

---

Geburtsdatum/-ort:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon / E-Mail:

---

---

nachfolgend Bevollmächtigte/r genannt

---

Vor-/Nachname:

---

Geburtsdatum/-ort:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon/E-Mail:

---

(ggf. streichen, wenn nur ein/e Bevollmächtigte/r)

Diese Vereinbarung regelt die Anwendung der Vollmacht vom \_\_\_\_\_ (Datum) im Innenverhältnis zwischen Vollmachtgeber/in und der/dem Bevollmächtigten. Die Vollmacht ist im Außenverhältnis uneingeschränkt gültig. Der/die Bevollmächtigte darf sie nur im Interesse und zum Wohl des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin in dem nachfolgend bestimmten Umfang („Innenverhältnis“) nutzen.

## 1. Wirksamkeit der Vollmacht

- ☐ Der/die Bevollmächtigte verpflichtet sich, von der Vollmacht erst dann Gebrauch zu machen, wenn der/die Vollmachtgeber/in vorübergehend oder auf Dauer seine / ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann.
- ☐ Der Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit und/oder der Geschäftsunfähigkeit muss durch ein ärztliches Attest festgestellt werden. Sie sollte durch folgenden Arzt festgestellt werden:

---

Vor-/Nachname:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon/E-Mail:

---

Soweit der oben genannte Arzt nicht erreichbar sein sollte, kann ein anderer Arzt mit der erforderlichen Fachqualifikation die Entscheidungsunfähigkeit und/oder Geschäftsunfähigkeit feststellen.

## 2. Mehrere Bevollmächtigte / Aufgabenverteilung

- 
- ☐ **Die / der Bevollmächtigte**

---

Vor-/Nachname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon/E-Mail:

---

soll allein alle Aufgaben als Bevollmächtigte/r wahrnehmen. Nur wenn sie/er nicht in der Lage ist, die Rechte des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin wahrzunehmen oder die Vollmacht erlischt, soll die/der folgende Bevollmächtigte

---

Vor-/Nachname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon/E-Mail:

---

an ihrer / seiner Stelle handeln.



oder (wenn Aufgaben/Zuständigkeiten aufgeteilt werden sollen)

## **Bereich „Vermögens- und Rechtsangelegenheiten“**

### ☐ **Die/der Bevollmächtigte**

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon/E-Mail:

soll sich ausschließlich um die Vermögens- und Rechtsangelegenheiten des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin kümmern. Nur wenn sie/er nicht in der Lage ist, die Rechte des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin wahrzunehmen oder die Vollmacht erlischt, soll die/der folgende Bevollmächtigte

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon/E-Mail:

an ihrer/seiner Stelle handeln.

## **Bereich „Persönliche Angelegenheiten“**

### ☐ **Die/der Bevollmächtigte**

Vor-/Nachname:

Geburtsdatum:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

Telefon/E-Mail:

soll mich ausschließlich in persönlichen Angelegenheiten, insbes. in allen Gesundheitsfragen vertreten. Nur wenn sie/er nicht in der Lage ist, die Rechte des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin wahrzunehmen oder die Vollmacht erlischt, soll die/der folgende Bevollmächtigte

---

Vor-/Nachname:

---

Geburtsdatum:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon/E-Mail:

---

an ihrer/seiner Stelle handeln.

- ☐ Bei Überschneidungen der Aufgaben oder Unstimmigkeiten der Bevollmächtigten, soll die/der Bevollmächtigte

---

Vor-/Nachname:

---

die Entscheidung treffen.

- ☐ Falls die/der Bevollmächtigte die Vorsorgevollmacht insgesamt oder teilweise nicht mehr ausüben kann oder will, oder die Vollmacht erloschen ist,

- ☐ soll der/die folgende Bevollmächtigte

---

Vor-/Nachname:

---

an ihrer/seiner Stelle handeln.

oder

- ☐ müssen die Bevollmächtigten vor Gericht für diesen Aufgabenbereich die Einrichtung einer Betreuung anregen. Die Auswahl des dafür geeigneten Betreuers obliegt dem Gericht.

- ☐ Die Bevollmächtigten sind nicht berechtigt, ihre Vollmachten gegenseitig zu widerrufen.

- ☐ Der/dem bzw. den Bevollmächtigten ist es erlaubt, auch Untervollmachten zu erteilen.

- ☐ Der/dem bzw. den Bevollmächtigten ist es erlaubt, auch Prozessvollmachten zu erteilen.

### 3. Gesundheitsangelegenheiten und längerfristige Pflege

- ☐ Eine Patientenverfügung wurde vom Vollmachtgeber/von der Vollmachtgeberin erstellt. Bei der Vertretung in medizinischen Angelegenheiten soll der/die Bevollmächtigte die Vorstellungen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin berücksichtigen, insbesondere die Regelungen in seiner Patientenverfügung. Deren Inhalte sind der/dem Bevollmächtigten bekannt.
- ☐ Der/die Bevollmächtigte soll sicherstellen, dass der/die Vollmachtgeber/in sein/ihr Leben möglichst lange zu Hause bzw. in der vertrauten Umgebung weiterführen kann. Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin sollen für die bestmögliche Pflege ihrer/seiner Person verwendet werden. Dafür darf der/die Bevollmächtigte auch Geldanlagen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin auflösen und/oder Vermögenswerte verkaufen.

Folgende Wünsche und Vorstellungen soll der/die Bevollmächtigte beachten:

---

---

---

(z.B. Haltung von Haustieren, Freizeit- und Urlaubsgestaltung, etc.)

- ☐ Sollte eine Pflegebedürftigkeit des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin über längere Zeit vorliegen, soll möglichst folgender ambulanter Pflegedienst bzw. folgende Person die Pflege übernehmen.

---

Name der Person/des Dienstleisters:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

Telefon/E-Mail:

---

Sonstige Vorstellungen/Regelungen für die Pflege zu Hause:

---

---

---

- ☐ Wenn eine ambulante Versorgung des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin nicht (mehr) möglich ist, möchte die/der Vollmachtgeber möglichst in die folgende Pflegeeinrichtung einziehen:

---

Name der Einrichtung:

---

Straße/Hausnr.:

---

PLZ/Ort:

---

oder

- ☐ Wenn eine ambulante Versorgung des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin nicht (mehr) möglich ist, soll die stationäre Pflegeeinrichtung unter folgenden Gesichtspunkten ausgewählt werden:

☐ Nähe zum Wohnort des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

☐ Nähe des Wohnortes zum/zur Bevollmächtigten

---

Vor-/Nachname:

---

☐ konfessionelle Ausrichtung der Einrichtung, und zwar der folgenden Religion:

☐ hohe fachliche Standards und Pflegequalität

☐ günstige Kosten der Einrichtung

☐ Weitere Wünsche an die Pflegeeinrichtung:

---

---

## 4. Wohnungsangelegenheiten

- ☐ Sofern der Umzug in ein Pflegeheim nötig wird, sollen die Wohnung und der Haushalt des Vollmachtgebers der Vollmachtgeberin für \_\_\_\_ Monate beibehalten und die dafür nötigen (Miet-)Zahlungen geleistet werden.

oder

- ☐ Nach dem Umzug des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin in ein Heim darf der/die Bevollmächtigte den Mietvertrag des Vollmachtgebers kündigen, den Haushalt auflösen und das Inventar verwerten.

- ☐ Weitere Regelungen zu Wohnung, Haushaltsauflösung, Verwertung Inventar und Umzug:

---

---

## 5. Finanzen und Geschenke

- ☐ Der/die Bevollmächtigte soll aus dem Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin folgende (ggf. regelmäßige) Zahlungen an die folgenden Personen oder Institutionen zahlen:

---

Name der Person/der Institution:

---

Betrag:

---

Häufigkeit:

---

- ☐ Der/die Bevollmächtigte soll aus dem Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin folgende (regelmäßige) Geschenke an die folgenden Personen geben:

Wert:

Häufigkeit:

Anlass:

An welche Person:

- ☐ Der/die Bevollmächtigte soll für seine Tätigkeit eine pauschale Aufwandsentschädigung in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro pro Monat/ Jahr aus dem Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers/ der Vollmachtgeberin erhalten.

## 6. Sonstige Wünsche und Anweisungen an den Bevollmächtigten

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

## 7. Haftung / Haftungsausschluss

- ☐ Die grundsätzlich auch leichte Fahrlässigkeit umfassende Haftung des / der Bevollmächtigten für Fehler, insbesondere bei der Vermögensverwaltung, soll
- ☐ beschränkt sein
- ☐ auf Vorsatz
- oder
- ☐ auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit
- ☐ unbeschränkt sein.
- ☐ Dem / der Bevollmächtigten muss nachgewiesen werden, dass er / sie entgegen den Wünschen des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin gehandelt hat (Beweislastumkehr).
- oder
- ☐ Der / die Bevollmächtigte wird von der Beweislast der weisungsgemäßen Erfüllung dieser Vereinbarung durch den / die Vollmachtgeber / in entbunden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des / der ersten Bevollmächtigten

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des / der zweiten Bevollmächtigten

# Notizen

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



**JOHANNITER**  
Aus Liebe zum Leben

## Angebote der Johanniter

### **Pflegedienste der Johanniter**

Für ein Leben in den eigenen vier Wänden:  
[www.johanniter.de/pflegedienste](http://www.johanniter.de/pflegedienste)

### **Johanniter-Pflegecoach**

Online-Pflegekurse für die häusliche Pflege:  
[www.johanniter-pflegecoach.de](http://www.johanniter-pflegecoach.de)

### **Johanniter-Pflegecoach**

Kurs „Rechtliche Vorsorge für den Ernstfall“  
<https://johanniter-pflegecoach.de/kurs-rechtliche-vorsorge>

### **Weitere Dienstleistungen der Johanniter**

[www.johanniter.de](http://www.johanniter.de)  
Service-Telefon: 0800 32 33 800 (gebührenfrei)

## Hilfreiche Links

### **Formulare aus dem Vorsorgelotsen als PDF-Formulare**

[www.johanniter.de/vorsorge](http://www.johanniter.de/vorsorge)

### **Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.**

[www.dhpv.de/service\\_vorsorge.html](http://www.dhpv.de/service_vorsorge.html)

### **Deutsche Stiftung Patientenschutz**

[www.stiftung-patientenschutz.de](http://www.stiftung-patientenschutz.de)

### **Zentrales Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer**

[www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)

### **Unabhängige Patientenberatung Deutschland**

[www.patientenberatung.de](http://www.patientenberatung.de)

### **Impressum**

Herausgeber und Gesamtherstellung  
Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.  
Lützowstraße 94, 10785 Berlin  
Tel. 030 26997-0  
[info@johanniter.de](mailto:info@johanniter.de), [www.johanniter.de](http://www.johanniter.de)

Fotos: Marcus Brodt (S. 1, 17, 20), adobe.com:  
Robert Kneschke (S. 4), Dragana Gordic (S. 21),  
contrastwerkstatt (S. 30)

Gestaltung und Satz: COXORANGE Kreative Gesellschaft  
Druck: Gutenberg Beuys Feindruckerei GmbH

Stand: August 2023