

Mandantenfragebogen - Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung

Bitte füllen Sie den vorliegenden Fragebogen - zusätzlich zum Mandantenfragebogen - möglichst umfassend aus.

Dieser Fragebogen soll mir dabei helfen, die für Sie optimale Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung zu erstellen. Auch wenn Ehegatten häufig gemeinsam einen Besprechungstermin vereinbaren, um eine Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung vorzubereiten, sollte jeder Ehegatte diesen Fragebogen gesondert ausfüllen, da sich Wertevorstellungen, Behandlungswünsche etc. jeweils unterscheiden können. Weitere Erläuterungen können Sie der Broschüre entnehmen, die Sie direkt beim Bundesjustizministerium anfordern können, oder auf der Homepage unter www.bmj.de finden.

Eine notarielle Beurkundung der Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung ist zusätzlich erforderlich.

Ihre Daten werden in der EDV gespeichert. Hierzu erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis. Ihre Angaben sind durch die anwaltliche Verpflichtung zur Verschwiegenheit umfassend geschützt.

I. Persönliche Angaben

Name		
(sämtliche) Vornamen		
ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum / -ort		
Geburtsregister-Nr.		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Staatsangehörigkeit		
Beruf		
Telefon / Telefax		
E-Mail		
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet	
Güterstand (falls verheiratet)	<input type="radio"/> ohne Ehevertrag verheiratet <input type="radio"/> mit Ehevertrag verheiratet (ggf. Kopie beifügen)	
Eheschließung	Standesamt:	Tag:
Existiert schon einbe Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (ggf. bitte Kopie beifügen)	

II. Angaben zu bevollmächtigten Personen

Nachfolgend bitte ich um Angabe der Personen, die Sie für den Vorsorgefall bevollmächtigen wollen.

Da die Vollmacht im Verhältnis zu Dritten – also nach außen - **unbeschränkt** gültig ist, sollten die von Ihnen bevollmächtigten Personen Ihr absolutes Vertrauen genießen.

In der Regel sollten nicht mehr als zwei oder drei Bevollmächtigte bestimmt werden, damit der Kreis der bevollmächtigten Personen nicht zu groß wird.

Zudem sollten Überlegungen dahingehend angestellt werden, ob jeder Bevollmächtigte alleinvertretungsberechtigt sein soll bzw. ob ein Bevollmächtigter nur ersatzweise beim Ausfall eines anderen Bevollmächtigten bestellt werden soll.

Bevollmächtigter Nr. 1

Vorname, Name	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ, Ort	
Staatsangehörigkeit	
Beruf	
Telefon / Telefax	
E-Mail	

Bevollmächtigter Nr. 2

Vorname, Name	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ, Ort	
Staatsangehörigkeit	
Beruf	
Telefon / Telefax	
E-Mail	

Bevollmächtigter Nr. 3

Vorname, Name	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ, Ort	
Staatsangehörigkeit	
Beruf	
Telefon / Telefax	
E-Mail	

Rangverhältnis der Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> jeder Bevollmächtigte soll allein vertretungsberechtigt und allein handlungsfähig sein (Regelfall), <input type="checkbox"/> die Bevollmächtigten Nr. sollen nur gemeinsam vertretungsberechtigt sein, d.h. alleine keine Handlungen für mich vornehmen dürfen. <input type="checkbox"/> der Bevollmächtigte Nr. soll nur ersatzweise bevollmächtigt werden, falls der/die Bevollmächtigte(n) Nr. gestorben ist / sind.
Vollmacht soll sich erstrecken auf: (sinnvoll ist es, die Vollmacht auf alle drei Bereiche zu erstrecken)	<input type="checkbox"/> sämtliche Vermögensangelegenheiten. <input type="checkbox"/> sämtliche persönliche Angelegenheiten (Gesundheitsfürsorge). <input type="checkbox"/> die Beachtung und Umsetzung meiner Patientenverfügung.
Vergütung für die Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> nein, nur Ersatz für entstehende Aufwendungen. <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von monatlich bis zu , - €

III. . Beschränkung der Vollmacht im Innenverhältnis und Auftragsverhältnis

Eine Beschränkung der Vollmacht im Außenverhältnis (z.B. nur auf die Fälle, in denen der Vollmachtgeber nicht mehr geschäftsfähig ist) ist nicht praktikabel. Würde eine solche Beschränkung in die Vollmacht aufgenommen, müsste jede Bank, jede Versicherung und jedes Amt zunächst selbst prüfen, ob tatsächlich eine Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers vorliegt.

Deshalb wird eine Vorsorgevollmacht nach außen immer unbeschränkt erteilt.

Gleichwohl können die Bevollmächtigten aber in dem zu Grunde liegenden Auftragsverhältnis angewiesen werden, von der Vollmacht in vermögensrechtlichen Angelegenheiten nur im beschränkten Umfang Gebrauch zu machen. Dies hat zur Folge, dass die Rechtsgeschäfte des Bevollmächtigten gegenüber den Vertragspartnern zwar nach wie vor Gültigkeit haben, sich der Bevollmächtigte aber gegenüber dem Vollmachtgeber schadensersatzpflichtig macht.

Eine gewisse Kontrolle der Bevollmächtigten kann dadurch erreicht werden, dass der Vollmachtgeber die Aushändigung der Vollmachtsurkunden selbst vornimmt und dadurch selbst bestimmt, wann die Vollmacht

1. Beschränkung der Vollmacht in Vermögensangelegenheiten

Sollen die Bevollmächtigten berechtigt sein, Kredite zu beantragen oder in Anspruch zu nehmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, aber nur, wenn diese meiner Versorgung dienen.
Sollen die Bevollmächtigten berechtigt sein, über meine Grundstücke zu verfügen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, uneingeschränkt; <input type="checkbox"/> ja, aber nur: <input type="checkbox"/> wenn dies meiner Versorgung dient. <input type="checkbox"/> wenn die Grundstücke nicht geschenkt werden.
Sollen die Bevollmächtigten berechtigt sein, sonstiges Vermögen von mir zu verschenken?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, uneingeschränkt.

2. Wirksamwerden der Vollmacht

Wann soll die Vollmacht in Kraft treten?	<input type="checkbox"/> Ich bitte um Übersendung einer Ausfertigung der Vollmacht und einer Kopie der Patientenverfügung für jeden Bevollmächtigten an mich; ich werde die Vollmachten dann bei Bedarf selbst übergeben. <input type="checkbox"/> Ich bitte darum, jedem Bevollmächtigten direkt eine Ausfertigung der Vollmacht und eine Kopie der Patientenverfügung zu übermitteln. Die Vollmachten sollen also sofort wirksam werden.
--	--

IV. Patientenverfügung

In der Patientenverfügung legen Sie Ihre Lebensanschauung, Ihre allgemeinen Wertvorstellungen sowie Ihre konkreten Behandlungswünsche für ärztliche Maßnahmen verbindlich fest.

Die Patientenverfügung dient den behandelnden Ärzten aber auch den von Ihnen in einer separaten Vorsorgevollmacht bevollmächtigten Personen als Leitfaden und als Entscheidungshilfe in all den Fällen, in denen Sie (z. B. aufgrund einer Alzheimer-Erkrankung oder eines Sportunfalls) Ihren Willen nicht mehr selbst äußern können.

Durch die Patientenverfügung sollten daher die Ärzte und auch die von Ihnen bevollmächtigten Personen wissen, wie Sie sich in einer konkreten Behandlungssituation entschieden hätten, wenn Sie noch die entsprechende Entscheidung hätten treffen können.

Im Zweifelsfall ist es ratsam, sich vor dem Verfassen einer Patientenverfügung mit seinem Hausarzt abzustimmen und offene medizinische Fragen mit diesem zu klären.

1. Allgemeines

<p>Aktueller Gesundheitszustand:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich bin derzeit gesund. Die Patientenverfügung soll deshalb als reine Vorsorgemaßnahme erstellt werden und mithin einen weiten Anwendungsrahmen abdecken.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich leide an einer schweren Erkrankung, nämlich an:</p> <p>Die Vorsorgevollmacht soll deshalb konkret auf diese Erkrankung abgestimmt werden.</p>
<p>Für welche Situationen soll die Patientenverfügung gelten?</p> <p>(Mehrfachnennungen möglich und sinnvoll. Nur in den angekreuzten Situationen sollen die nachfolgend aufgeführten Behandlungswünsche gelten!)</p>	<p><input type="checkbox"/> wenn ich mich im unmittelbaren Sterbeprozess befinde, mein Tod also unmittelbar bevorsteht.</p> <p><input type="checkbox"/> wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, auch dann, wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.</p> <p><input type="checkbox"/> wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Einsichtsfähigkeit und meine Fähigkeit, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.</p> <p><input type="checkbox"/> wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürlicher Weise zu mir zu nehmen.</p> <p><input type="checkbox"/> wenn ich ... (eigene Beschreibung einfügen)</p>

2. Konkrete Behandlungswünsche:

Nur in den oben von mir festgelegten Situationen wünsche ich

<p>Lebenserhaltende Maßnahmen (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/> dass alles medizinisch Mögliche und Sinnvolle getan wird, um mich am Leben zu erhalten, auch wenn dies die Verlängerung meines Leidens bedeutet oder</p> <p><input type="checkbox"/> dass alle lebenserhaltende Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden, unterlassen werden.</p> <p>Insbesondere wünsche ich</p> <p><input type="checkbox"/> das Unterlassen von Wiederbelebensmaßnahmen,</p> <p><input type="checkbox"/> das Unterlassen einer künstlichen Beatmung,</p> <p><input type="checkbox"/> das Unterlassen einer künstlichen Ernährung über eine Sonde, durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene,</p> <p><input type="checkbox"/> das Unterlassen von Flüssigkeitszufuhr außer bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung (s.u.).</p>
<p>Lindernde pflegerische bzw. ärztliche Maßnahmen (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p>Ich wünsche,</p> <p><input type="checkbox"/> dass lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere eine Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernd ärztliche Maßnahmen vorgenommen werden, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf oder</p> <p><input type="checkbox"/> dass die vorstehend bezeichneten lindernden pflegerischen und ärztlichen Maßnahmen nur und ausschließlich dann vorgenommen werden, wenn hierdurch eine Verkürzung meines Lebens ausgeschlossen werden kann.</p>
<p>Letzte Lebensphase (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p>Ich wünsche,</p> <p><input type="checkbox"/> dass ich – soweit möglich – zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben kann.</p> <p><input type="checkbox"/> dass ich zum Sterben in ein Krankenhaus verlegt werde.</p> <p><input type="checkbox"/> dass ich – wenn möglich – in einem Hospiz sterben kann.</p>
<p>Beistand (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p>Ich wünsche,</p> <p><input type="checkbox"/> dass mir folgende Personen beistehen:</p> <p><input type="checkbox"/> dass mir ein Vertreter folgender Kirche beisteht:</p> <p><input type="checkbox"/> dass mir hospizlicher Beistand geleistet wird.</p>

<p>Konkrete selbst formulierte Behandlungswünsche:</p> <p>(Hier können selbst formulierte Behandlungswünsche vermerkt werden, was sich insbesondere dann anbietet, wenn bereits eine Erkrankung diagnostiziert worden ist, die spezielle Behandlungsmaßnahmen erwarten lässt.)</p>	
<p>Hinsichtlich der Behandlungswünsche habe bzw. werde ich mich vor der Beurkundung ärztlich beraten lassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar bei Dr.</p>

3. Wünsche für Maßnahmen nach meinem Tode:

<p>Bestattung</p> <p>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Erdbestattung.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Feuerbestattung.</p> <p><input type="checkbox"/> Besondere Wünsche zu meiner Bestattung:</p>
<p>Organspende</p> <p>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich möchte meine Organe nicht spenden.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte alle meine Organe der Organspende zur Verfügung stellen,</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelheiten habe ich in meinem Organspendeausweis geregelt.</p> <p><input type="checkbox"/> ich habe bislang keinen Organspendeausweis ausgefüllt, stimme aber hiermit einer Organspende zu.</p> <p><input type="checkbox"/> ausgenommen sein hiervon sollen aber folgende Organe:</p>
<p>Obduktion</p> <p>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich wünsche – soweit möglich - keine Obduktion.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin mit einer Obduktion zur Befundklärung einverstanden.</p>

4. Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung:

<p>Ich erwarte, dass der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt wird.</p>	<p>Dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird, soll:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> mein Bevollmächtigter Nr. <input type="radio"/> mein behandelnder Arzt / Ärztin <input type="radio"/> mein Betreuer / Betreuerin <input type="radio"/> andere Person:
<p>Sollte eine Ärztin oder 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.</p>	<p>Dafür Sorge tragen, dass die weitere Behandlung so organisiert wird, dass meinem Willen entsprochen wird, soll:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> mein Bevollmächtigter Nr. <input type="radio"/> mein behandelnder Arzt / Ärztin <input type="radio"/> mein Betreuer / Betreuerin <input type="radio"/> andere Person:
<p>In Situationen, 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.</p>	<p>Bei unterschiedlichen Meinungen soll der Auffassung folgender Person / Personen besondere Bedeutung zukommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> meinem Bevollmächtigter Nr. <input type="radio"/> meinem behandelnden Arzt / Ärztin <input type="radio"/> meinem Betreuer / Betreuerin <input type="radio"/> anderer Person:
<p>Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten wird, 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 in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.</p>	<p>Bei unterschiedlichen Meinungen soll der Auffassung folgender Person / Personen besondere Bedeutung zukommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> meinem Bevollmächtigter Nr. <input type="radio"/> meinem behandelnden Arzt / Ärztin <input type="radio"/> meinem Betreuer / Betreuerin <input type="radio"/> anderer Person:

Angaben zum Vermögen	
Immobilien in Deutschland (Grundbuch, Blatt, FlNr. etc.)	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar
Immobilien im Ausland	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar
Beteiligung an Gesellschaften	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, an der
Lebensversicherungen	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, bei der

Sonstige Wünsche?

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

....., den.....

.....
(Unterschrift Mandant)



Jörg Streichert

Rechtsanwalt

Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht

Reichenberger Straße 8 • Heinrich-von-Liebieg-Haus

D-87600 Kaufbeuren

Telefon + 49 (0) 8341 992402

Mobil +49 (0) 172 8 372 372

Telefax + 49 (0) 8341 9694440

joerg@streichert.de