

Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung

Herausgegeben von den Betreuungsvereinen

Caritasverband Haltern am See e. V.
Sozialdienst katholischer Frauen Datteln e. V.
in Zusammenarbeit mit der Betreuungsstelle
der Kreisverwaltung Recklinghausen

Überarbeitete Auflage: Juli 2012

Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung

*Meine Wünsche und Forderungen
an Bevollmächtigte und Ärzte,
an Familie und Freunde,
an das Betreuungsgericht*

*für den Fall meiner
Entscheidungsunfähigkeit*

Vorname, Name

Geb.-Datum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

1. Bevollmächtigung

1.1. Benennung der/des Bevollmächtigten

Sollte ich wegen einer Krankheit, Unfall oder Behinderung zur Bildung und Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage sein und meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können, so bevollmächtige ich gemäß §§ 164 ff des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)¹ hiermit als Vertreter:

Beziehung zum Vollmachtgeber (z.B. Ehepartner, Lebensgefährte, Kind ...)

Vor- und Zuname, Geb.-Datum

Postleitzahl, Anschrift, Telefon, Fax

Der/Die Bevollmächtigte kennt den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung und hat eingewilligt, für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit in meinem Sinne Entscheidungen für mich zu treffen und umzusetzen.

1.2. Rechte und Pflichten

Ich verpflichte den/die Bevollmächtigte(n), sich an meinen in der folgenden

- Vorsorgevollmacht (siehe 2. Teil)
 - Betreuungsverfügung (siehe 3. Teil)
 - Patientenverfügung (siehe 4. Teil)
- (Nichtzutreffendes bitte streichen)*

geäußerten Werten, Wünschen und Verfügungen zu orientieren.

¹) Auszüge des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) finden Sie im Anhang

1.3. Letzte Entscheidung

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

| *

Sollte der/die Bevollmächtigte die letzte Entscheidung aus eigenen Gewissensgründen nicht treffen können, so soll der nächstgenannte Stellvertreter der/des Bevollmächtigten diese Entscheidung treffen.

| *

1.4. Stellvertreter(in) für die/den Bevollmächtigte(n)

Sollte der/die von mir oben benannte Bevollmächtigte nicht in der Lage oder nicht mehr willens sein, die Vollmacht zu übernehmen, so benenne ich in der folgenden Reihenfolge als Bevollmächtigte:

1.

| Beziehung zum Vollmachtgeber (z.B. Ehepartner, Lebensgefährte, Kind ...)

| (Vorname, Name, Geburtsdatum)

| (Postleitzahl, Anschrift, Telefon, Fax)

2.

| Beziehung zum Vollmachtgeber (z.B. Ehepartner, Lebensgefährte, Kind ...)

| (Vorname, Name, Geburtsdatum)

| (Postleitzahl, Anschrift, Telefon, Fax)

***) Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen.**

2. Vorsorgevollmacht

2.1. Vermögenssorge

Diese Vollmacht gilt für meine Vertretung in allen vermögensrechtlichen Angelegenheiten und schließt das Recht ein, über meine Konten zu verfügen, Krankenhaus- und Pflegeheimkosten zu bezahlen, Verträge in meinem Namen abzuschließen und Renten-, Versorgungs- und Steuerangelegenheiten zu regeln.

| *

Im Hinblick auf meinen im Grundbuch von _____ Blatt _____ verzeichneten Grundbesitz, bevollmächtige ich meinen Bevollmächtigten über diesen Grundbesitz zu verfügen. Er darf diesen belasten, veräußern oder sonstige Verfügungen treffen.

Eine wichtige Besonderheit ist zu beachten:

Wenn Sie wünschen, dass auch Grundstücks- oder Immobilienangelegenheiten durch Ihre Vorsorgevollmacht geregelt werden sollen, ist mindestens eine öffentliche Beglaubigung Ihrer Vollmacht erforderlich!

Wir empfehlen die Beurkundung durch einen Notar.

Wichtiger Hinweis

Ihre Hausbank verfügt über eigene Vordrucke für Kontovollmachten. Die Nutzung dieser banküblichen Formulare erleichtert dem Bevollmächtigten in der Regel den Umgang mit Ihrem Kreditinstitut.

Besondere individuelle Wünsche zur Vermögenssorge

(z. B. Auslagenersatz f. d. Bevollmächtigten, Geschenke/Zuwendungen an Verwandte, Dritte oder Einrichtungen; Wünsche zur Art der Geldanlage usw.)

*) Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen.

2.2. Wohnungsangelegenheiten

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, über Kündigung und Auflösung meiner Wohnung zu entscheiden. **Er/Sie ist berechtigt, die Verträge für eine andere Wohnung, Wohnform oder Unterbringung für mich abzuschließen.**

| *

Besondere individuelle Wünsche zu Wohnungsangelegenheiten
 (z. B. möglichst lange Verbleib in der Wohnung, Wohnort, bevorzugte Einrichtung usw.)

2.3. Gesundheitsfürsorge

Diese Vollmacht berechtigt auch zu meiner Vertretung in Fragen der medizinischen Versorgung und Behandlung.

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand zu erhalten und die Einzelheiten der Behandlung zu erfragen. Ärzte und Pflegepersonen sind insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden.

Im Falle eines Klinikaufenthaltes wünsche ich, dass mein(e) Bevollmächtigte(r) jederzeit Zugang zu mir hat.

| *

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, in meinem Namen in medizinische Heilbehandlungen einzuwilligen oder die Einwilligung zu verweigern sowie Behandlungsverträge abzuschließen, zu kündigen oder deren Abschluss zu verweigern.

Dies gilt, wenn ich auf Grund meines gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage sein sollte, Folgen und Tragweite von Behandlungen zu erkennen und meinen Willen danach zu bestimmen.

Die Ermächtigung gilt auch für Behandlungen, die eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes gem. §1904 BGB¹⁾ voraussetzen.

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, notwendige Genehmigungen beim Betreuungsgericht zu beantragen (z. B. bedarf die Einwilligung in eine Heilbehandlung der betreuungsgerichtlichen Genehmigung, wenn durch den Eingriff die begründete Gefahr des Eintretens eines dauerhaften schweren gesundheitlichen Schaden besteht).

| *

¹⁾ Auszüge des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) finden Sie im Anhang

Besondere individuelle Wünsche zur Gesundheitsfürsorge

(Sie können hier auf die von Ihnen gefertigte Patientenverfügung verweisen oder ganz individuell Ihre Wünsche niederschreiben):

2.4. Aufenthaltsbestimmungsrecht

Der/die Bevollmächtigte ist weiterhin berechtigt, meinen Aufenthalt zu bestimmen.

Über freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen gem. §1906 BGB¹, die sich gegen meine Person richten, soll mein/e Bevollmächtigte/r entscheiden und die erforderliche betreuungsgerichtliche Genehmigung beantragen

(z. B. Bauchgurt, Bettgitter, ruhigstellende Medikamentengabe, geschlossene Station usw.).

Dies gilt dann, wenn ich auf Grund meines gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage sein sollte, selbst wirksam in die Freiheitsentziehung einzuwilligen.

*

2.5. Post und Fernmeldeverkehr

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich bestimmte Post entgegenzunehmen und zu öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr zu entscheiden.

*

2.6. Gerichtliche und außergerichtliche Vertretung

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, mich bei allen Rechtsstreitigkeiten, die sich aus den vorgenannten Aufgabenkreisen ergeben, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten.

Falls erforderlich, darf er sich der Hilfe eines Rechtsanwaltes bedienen.

*

***) Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen.**

¹⁾ Auszüge des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) finden Sie im Anhang

3. Betreuungsverfügung

Die Betreuungsverfügung kann als eigenständige Willensäußerung oder als Ergänzung zur Vorsorgevollmacht verfasst werden.

3.1. Wunsch Betreuer(in)

Für den Fall, dass ich

- keine Vorsorgevollmacht verfasst habe, oder diese
- ganz oder teilweise von einem Gericht als rechtsungültig erklärt wird,

so verlange ich, dass das Betreuungsgericht die im 1. Teil (Bevollmächtigung) von mir benannte(n) Person(en) als meine(n) Betreuer/Betreuerin (gesetzlicher Vertreter) einsetzt.

| *

Bei erheblichen Bedenken gegen den ersten Bevollmächtigten sollte das Betreuungsgericht auch einen der Stellvertreter in der genannten Reihenfolge als rechtliche(n) Betreuer/Betreuerin bestellen.

| *

Ich verlange auch, dass das Betreuungsgericht und der/die Betreuer/Betreuerin sich bei allen Entscheidungen an meinen Wünschen, Werten und Verfügungen orientieren.

| *

3.2. Wünsche zur Vermögenssorge

3.3. Wünsche zu Wohnungsangelegenheiten

3.4. Wünsche zu Gesundheitsangelegenheiten

3.5. Weitere individuelle Wünsche zur Betreuungsverfügung

(Sie können hier zum Beispiel auf Ihre Ausführungen im Teil 2 (Vorsorgevollmacht) oder Teil 4 (Patientenverfügung) verweisen und/oder weitere persönliche Wünsche benennen wie zum Beispiel, wer die rechtliche Betreuung auf keinen Fall führen soll oder ein Hinweis, dass man keinen Bevollmächtigten benennen kann, aber wünscht, dass ein bestimmter Betreuungsverein die Betreuungsführung übernimmt).

4. Patientenverfügung

4.1. Ärztliche Aufklärung

Ich möchte, dass mich die behandelnden Ärzte genau und vollständig über meinen gesundheitlichen Zustand aufklären, solange ich in der Lage bin, das zu verstehen. Ich möchte, dass bei der Aufklärung mein Bevollmächtigter zugegen ist.

Sollte ich mich selber nicht mehr äußern können, verpflichte ich die behandelnden Ärzte, meine(n) Bevollmächtigte(n) sowie z.B. meinen Lebenspartner, meine Kinder,

(hier mit Vor- und Zunamen eintragen einschl. Anschrift und Telefon)

genau über meine Krankheit zu informieren und mit ihnen die Möglichkeiten der Behandlung zu beraten.

4.2. Beteiligung des Hausarztes

Ich möchte, dass mein Hausarzt

(Vor- und Zuname, Anschrift, Telefon)

hinzugezogen wird, wenn Entscheidungen über meine weitere medizinische Behandlung getroffen werden müssen.

* _____

4.3. Risiken

Solange die Aussichten auf eine Besserung meines Zustandes nach ärztlicher Einschätzung überwiegend wahrscheinlich sind, stimme ich einem operativen Eingriff oder einer Medikamentengabe, auch wenn sie mit Risiken verbunden sind und unter Umständen den Tod zur Folge haben können, zu.

* _____

Ich stimme dem Erhalt eines fremden Organs zu, wenn damit gute Chancen bestehen, meinen Zustand entscheidend zu verbessern oder eine aufwändige Behandlung wie z.B. Dialyse verhindert oder beendet werden kann.

* _____

***) Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen.**

4.4. Alternative Behandlung

Falls die Schulmedizin an ihre Grenzen stößt, möchte ich eine Ergänzung meiner Behandlung durch alternative Heilmethoden, wie z. B. Akupunktur, Mistelinjektionen, o.ä.

| *

4.5. Lebensverlängernde Maßnahmen

An mir sollen keine lebensverlängernden Maßnahmen vorgenommen werden, wenn medizinisch festgestellt ist, dass ich mich in einem unumkehrbaren Sterbeprozess befinde, bei dem jede lebensverlängernde Maßnahme das Sterben oder Leiden ohne Aussicht auf erfolgreiche Behandlung verlängern würde.

| *

Der von mir im Folgenden dargelegte Wille gilt

- nur für den Fall, dass ich mich bereits im Sterbeprozess befinde
- und ausdrücklich auch für den Fall, dass ich mich **noch nicht** im Sterbeprozess befinde.

Zutreffendes bitte ankreuzen, nichtzutreffendes bitte streichen.

Es ist auch möglich, beides anzukreuzen. Dann gelten alle im Folgenden geäußerten Wünsche sowohl für die Sterbephase als auch in dem Zustand, der im weiteren Text beschrieben wird.

Wenn festgestellt wird, dass ich mich

- in einem dauerhaften Koma / Wachkoma oder in einem ähnlichen Zustand infolge schwerer Gehirnschädigung / auch schwerer Demenz, befinde,
und
- keine Aussicht mehr auf ein selbstbestimmtes Leben für mich besteht,

sollen alle lebensverlängernden Maßnahmen, insbesondere intensiv medizinischen Maßnahmen entsprechend den im Folgenden dargelegten Wünschen durchgeführt werden:

Wiederbelebung

(z.B. bei Herzstillstand, Atemstillstand)

| *

künstliche Ernährung durch jede Art von Sonde

(Nasensonde oder Sonde, die durch die Bauchdecke geführt wird)

| *

künstliche Flüssigkeitszufuhr von mehr als einem halben Liter am Tag, (außer Mundpflege gegen Durst und Mundtrockenheit)

| *

künstliche Beatmung

| *

Anschluss an eine künstliche Niere (Dialyse)

| *

Transfusion von Blut / Blutbestandteilen

| *

Antibiotikagabe bei fieberhaften Begleitinfektionen

| *

*) **Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen.**

Ich wünsche, dass im Notfall nur Maßnahmen durchgeführt werden, die an dem Ort möglich sind, an dem ich mich gerade aufhalte (z.B. zu Hause, im Pflegeheim).

Bei unsicherem Ausgang der Wiederbelebungsversuche möchte ich nicht sterbend in eine Klinik gebracht und somit im Sterben von meinen Angehörigen getrennt werde.

| *

4.6. Schmerzbehandlung und Pflege

Die ärztliche Behandlung sowie die pflegerische Begleitung, sollen auf die Linderung von Schmerzen, unangenehmen Nebenwirkungen und Angst gerichtet sein.

Eine ausreichende Schmerzbehandlung durch Schmerzmittelgabe ist mir besonders in den letzten Stunden wichtig. Ich fordere eine ausreichende Schmerzbehandlung jedoch schon vor Beginn der Sterbephase.

| *

4.7. Art und Weise des Sterbens

Ich möchte in Würde und Frieden sterben können, nach Möglichkeit in Nähe und Kontakt mit meinen Angehörigen und nahe stehenden Menschen. Es ist mein Wunsch, in meiner vertrauten Umgebung sterben zu können.

| *

Ich bitte um seelsorgerische Begleitung.

| *

Soweit dies möglich ist, möchte ich mich persönlich von meinen Angehörigen und Freunden verabschieden.

Deshalb bitte ich um Benachrichtigung von

|

(Namen, Anschrift und Telefonnummer eintragen)

|

wenn absehbar ist, dass es mit meinem Leben unmittelbar zu Ende geht.

4.8. Wechsel des Arztes

Kann der behandelnde Arzt auf Grund seiner Weltanschauung oder Berufsauffassung meinen Willen nicht respektieren, so verlange ich, dass die Verantwortung einem Arzt übergeben wird, der meine Verfügung respektiert.

| *

4.9. Weitere Allgemeine Wünsche

Für den Fall, dass ich durch Krankheit, Unfall oder Behinderung unwiederbringlich oder vorübergehend zur Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, erkläre ich hiermit, dass ich über die bisher in der Patientenverfügung genannten Wünsche hinaus folgende medizinische Versorgung wünsche bzw. nicht wünsche:

4.10. Organspende / Obduktion

Nach meinem Tod möchte ich folgende Organe für eine Transplantation zur Verfügung stellen:

| *

4.11. Obduktion

Ich bin mit einer Obduktion einverstanden, wenn dadurch die Ursache meines Todes geklärt werden kann.

| *

*) **Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen.**

4.12. Verbindlichkeit der Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung habe ich nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes niedergeschrieben.

Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Sollte ich meine Meinung ändern, werde ich dafür sorgen, dass mein geänderter Wille zum Ausdruck kommt.

| *
|_____

Gleichwohl sollen die Ärzte und mein(e) Bevollmächtigte(r) darauf achten, ob ich durch mein Verhalten zum Ausdruck bringe, dass ich entgegen meiner Verfügung eine weitere Behandlung wünsche.

| *
|_____

5. Bestätigung des Hausarztes

(ist empfehlenswert, jedoch juristisch nicht erforderlich)

Ich bestätige hiermit, dass Herr/ Frau

|_____

über die Tragweite der niedergelegten Verfügung(en) aufgeklärt und im Bilde ist.

|_____

|_____

|_____

|_____

Unterschrift des Arztes mit Name, Anschrift, Datum

6. Bestätigung und Unterschrift

6.1. Bestätigung

Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung.

Solange ich bei Bewusstsein bin und klar entscheiden kann, sollen die mich behandelnden Ärzte sich vergewissern, ob diese Vollmacht 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 Werten, Wünschen und Verfügungen entsprechend menschlich und medizinisch behandelt werde.

Die Vorsorgevollmacht, die Betreuungsverfügung sowie die Patientenverfügung (Verfügung für die medizinische Versorgung und Beistand) habe ich freiwillig, nach reiflicher Überlegung, vielen Gesprächen und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ich habe die Absicht, diese Festlegungen von Zeit zu Zeit zu überprüfen und, falls sie nicht mehr meinen Wünschen und Werten entsprechen, auch zu ändern.

Solange ich jedoch keine Änderungen vorgenommen habe, ist dies der letzte und endgültige Ausdruck meines Willens.

Ich werde Kopien dieses Dokumentes dem/der von mir Bevollmächtigten, meinen nächsten Angehörigen, meinem Hausarzt und Rechtsbeistand und, sofern ich betreut lebe, der Leitung des Hauses übergeben. (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Sonstige Hinweise:

***) Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen.**

6.2. Inkrafttreten/Unterschrift

Diese Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung tritt sofort in Kraft.

Der Bevollmächtigte darf im Innenverhältnis von dieser Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung erst Gebrauch machen,

- wenn ich geschäftsunfähig bin oder wenn ernsthafte Zweifel an meiner Geschäftsfähigkeit bestehen und/oder
- wenn ich einwilligungsunfähig in persönlichen Angelegenheiten bin.

Nachweis durch ein ärztliches Attest:

ja, die Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit ist durch ein ärztliches Attest zu belegen. Für diesen Fall berechtere ich den Bevollmächtigten zur Einholung eines entsprechenden Attestes und entbinde den Arzt von der diesbezüglichen Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten.

nein, die Geschäfts- und/oder Einwilligungsunfähigkeit muss nicht belegt werden.

Die Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus.

| *

Sollten einzelne Teile der Vollmacht unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der restlichen Teile ändern.

Diese Vollmacht soll gelten, solange sie nicht durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen wird.

(Datum und Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers)

6.3. Zustimmung des/der Bevollmächtigten sowie des/der Ersatzbevollmächtigten

Ich kenne den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

Name und Anschrift des/der Bevollmächtigten

Datum und Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Name und Anschrift des/der Ersatzbevollmächtigten

Datum und Unterschrift des/der Ersatzbevollmächtigten

6.4. Bestätigung durch (einen) Zeugen

Ich bezeuge, dass sich

_____,

Verfasser(in) dieser Vorsorgevollmacht/ Betreuungsverfügung/ Patientenverfügung, intensiv mit dem Text in Inhalt und Form befasst hat und sich über die Auswirkungen im Klaren ist.

Ich bestätige, dass der/die Verfasser(in) die Verfügung heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und dass ich an seiner/ihrer Fähigkeit zu einer freien und selbstbestimmten Entscheidung keinen Zweifel habe.

Name und Anschrift des Zeugen

Datum und Unterschrift des Zeugen

***) Deutlich handschriftlich den eigenen Willen durch Zustimmung, Ablehnung oder eine andere Bemerkung eintragen.**

6.5. Überprüfung und Bestätigung

der Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung/Patientenverfügung

1. Datum der Überprüfung

Änderungen

Unterschrift der Verfasserin/ des Verfassers

Bestätigung der Unterschrift durch (den) Zeugen

Unterschrift des Zeugen

2. Datum der Überprüfung

Änderungen

Unterschrift der Verfasserin/ des Verfassers

Bestätigung der Unterschrift durch (den) Zeugen

Unterschrift des Zeugen

3. Datum der Überprüfung

Änderungen:

Unterschrift der Verfasserin/ des Verfassers

Bestätigung der Unterschrift durch (den) Zeugen

Unterschrift des Zeugen

Auszüge aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

§ 164 Wirkung der Willenserklärung des Vertreters

- (1) Eine Willenserklärung, die jemand innerhalb der ihm zustehenden Vertretungsvollmacht im Namen des Vertretenden angibt, wirkt unmittelbar für und gegen den Vertretenden. Es macht keinen Unterschied, ob die Erklärung ausdrücklich im Namen des Vertretenden erfolgt oder ob die Umstände ergeben, dass sie in dessen Namen erfolgen soll.

§ 167 Erteilung der Vollmacht

- (1) Die Erteilung der Vollmacht erfolgt durch Erklärung gegenüber dem zu Bevollmächtigenden oder dem Dritten, demgegenüber die Vertretung stattfinden soll.

§ 185 Verfügung eines Nichtberechtigten

- (1) Eine Verfügung, die ein Nichtberechtigter über einen Gegenstand trifft, ist wirksam, wenn sie mit Einwilligung des Berechtigten erfolgt.
- (2) Die Verfügung wird wirksam, wenn der Berechtigte sie genehmigt oder wenn der Verfügende den Gegenstand erwirbt oder wenn er von dem Berechtigten beerbt wird und dieser für die Nachlassverbindlichkeiten unbeschränkt haftet. In den beiden letzteren Fällen wird, wenn über den Gegenstand mehrere miteinander nicht in Einklang stehende Verfügungen getroffen worden sind, nur die frühere Verfügung wirksam.

§ 1896 Bestellung eines Betreuers

- (1) Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Vormundschaftsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf Antrag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.
- (2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

§ 1901a Patientenverfügung

- (1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.
- (2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser

Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.

- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.
- (4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.
- (5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1901b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

- (1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.
- (2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

§ 1904 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

- (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.
- (2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.
- (3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.
- (4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

§ 1906 Unterbringung mit Freiheitsentziehung

- (1) Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil
 1. auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
 2. eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- (2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.
Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.
- (3) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit

§ 287 Wirksamwerden von Beschlüssen

- (3) Ein Beschluss, der die Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zum Gegenstand hat, wird erst zwei Wochen nach Bekanntgabe an den Betreuer oder Bevollmächtigten sowie an den Verfahrenspfleger wirksam.

§ 298 Verfahren in Fällen des § 1904 des Bürgerlichen Gesetzbuchs

- (1) Das Gericht darf die Einwilligung eines Betreuers oder eines Bevollmächtigten in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff (§ 1904 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs) nur genehmigen, wenn es den Betroffenen zuvor persönlich angehört hat. Das Gericht soll die sonstigen Beteiligten anhören. Auf Verlangen des Betroffenen hat das Gericht eine ihm nahestehende Person anzuhören, wenn dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.
- (2) Das Gericht soll vor der Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs die sonstigen Beteiligten anhören.
- (3) Die Bestellung eines Verfahrenspflegers ist stets erforderlich, wenn Gegenstand des Verfahrens eine Genehmigung nach § 1904 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist.
- (4) Vor der Genehmigung ist ein Sachverständigengutachten einzuholen. Der Sachverständige soll nicht auch der behandelnde Arzt sein.

Ausweis

Diesen Ausweis sollten Sie herausnehmen und immer bei sich tragen:



© **AG der Betreuungsstelle der Kreisverwaltung Recklinghausen und der Betreuungsvereine in Datteln, Haltern am See, Oer-Erkenschwick und Waltrop**

Die Vervielfältigung und Veröffentlichung dieser Musterverfügungen sind - auch nach Umarbeitung - nur mit Genehmigung des Caritasverbandes Haltern am See e. V. zulässig. Als Vervielfältigungen gelten z. B. Nachdruck, Fotokopie, Mikroverfilmung, Digitalisierung, Scannen sowie speichern auf Datenträgern.

Herausgeber

Datteln



Sozialdienst katholischer Frauen Datteln e.V.

Ansprechpartnerin: Monika Sinder

Telefon 0 23 63 / 3 87 52 12

E-Mail monika.sinder@skf-datteln.de

Ansprechpartnerin: Daniela Burger

Telefon 0 23 63 / 3 87 52 11

E-Mail daniela.burger@skf-datteln.de

Johannesstr. 4
45711 Datteln

Haltern am See



Caritasverband
Haltern am See e. V.

Caritasverband Haltern am See e.V.

Ansprechpartner: Norbert Föcker

Sixtusstr. 39

45721 Haltern am See

Telefon 0 23 64 / 10 90 31

E-Mail betreuungsverein@caritas-haltern.de

Recklinghausen



Betreuungsstelle der Kreisverwaltung Recklinghausen

Geschäftsstelle

Kurt-Schumacher-Allee 1

45665 Recklinghausen

Telefon 0 23 61 / 53 27 11

E-Mail betreuungsstelle@kreis-re.de

Oer-Erkenschwick



Sozialdienst katholischer Frauen Datteln e.V.

Ansprechpartnerin: Monika Sinder

Gesundheitszentrum

Ludwigstr. 6

45739 Oer-Erkenschwick

Telefon 0 23 68 / 89 09 20

E-Mail monika.sinder@skf-datteln.de

Waltrop



Sozialdienst katholischer Frauen Datteln e.V.

Ansprechpartnerin: Christel Agatz

Altenheim St. Peter

Hilberstr. 50

45731 Waltrop

Telefon 0 23 09 / 7 13 17

E-Mail christel.agatz@skf-datteln.de

Wir danken Herrn Dr. phil. Arnd T. May für seine Unterstützung.