



Notar Thomas Manzke
mit Amtssitz in
Buchen

zurück an:

Notar Thomas Manzke
Henry-Dunant-Straße 9

74722 Buchen

UZ-Nr. (Mitarbeiter-Kürzel)

Datenblatt Vorsorgeverfügung

Hiermit erlaube ich dem Notar Thomas Manzke und seinen Mitarbeitern meine u.g. freiwillig übermittelten, personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme und zur Erledigung erteilter Aufträge zu speichern und zu verarbeiten.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie im Impressum unserer Internetseite oder direkt unter dem Link: <https://www.notariat-manzke.de/impressum/datenschutz>

1) Vollmachtgeber

Name, ggf. Geburtsname	
Vorname:	
Geburtsdatum und -ort	
Staatsangehörigkeit	
Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Klinik)	
Wohnsitz	
Telefonnummer	

2) Bevollmächtigte

Name, ggf. Geburtsname	
Vorname:	

Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	

Name, ggf. Geburtsname	
Vorname:	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	

Name, ggf. Geburtsname	
Vorname:	
Geburtsdatum	
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	

Mir ist bekannt, dass durch den Auswärtstermin zusätzliche Gebühren und Kosten (ggf. Taxikosten) ausgelöst werden.

3) **Gewünscht ist:**

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

.....

Datum, Unterschrift

**Ärztliches Attest betreffend die Geschäfts- und Testierfähigkeit
zur Vorlage gegenüber dem Notar Manzke**

Der Patient
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

befindet sich seit in meiner ärztlichen Behandlung.

Aufgrund

- eigener Anamnese/Diagnose
- Fremdanamnese/Diagnose durch

.....
(Name und Anschrift des Arztes/der Klinik/der sonstigen Auskunftspersonen)

stellte ich fest, dass der Patient an

keinen Erkrankungen leidet, durch die die Fähigkeit des Patienten, die Tragweite seiner rechtsgeschäftlichen Erklärungen zu erfassen und nach dieser Einsicht zu handeln, beeinträchtigt sein könnte. Der Patient ist insbesondere voll zeitlich, örtlich und situationsbezogen orientiert. Aus ärztlicher Sicht bestehen **keine Bedenken** gegen die Geschäfts- und Testierfähigkeit des Patienten.

Erkrankungen leidet, durch die die Fähigkeit des Patienten, die Tragweite seiner rechtsgeschäftlichen Erklärungen zu erfassen und nach dieser Einsicht zu handeln, beeinträchtigt sein könnte. Aus ärztlicher Sicht bestehen **Bedenken** gegen die Geschäfts- und Testierfähigkeit des Patienten. Der Patient leidet an folgenden Erkrankungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Die Auswirkungen vorstehender Krankheit(en) auf die geistige Leistungsfähigkeit des Patienten sind folgende:

.....
.....
.....
.....

Eingeschränkte Mobilität: ja nein

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Arztes/Facharztes)



MUSTER Vorsorgevollmacht

1.

Ich bevollmächtige und ermächtige hiermit

[Daten der Bevollmächtigten]

mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Es wird Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB erteilt. Der Bevollmächtigte ist also befugt Rechtsgeschäfte mit sich selbst, oder als Vertreter eines Dritten vorzunehmen.

Jeder Bevollmächtigte erhält Einzelvertretungsvollmacht.

Die Vollmacht ist grundsätzlich nicht auf Dritte übertragbar. Der Bevollmächtigte ist jedoch berechtigt, für einzelne von ihm zu bestimmende Rechtsgeschäfte Untervollmacht zu erteilen.

2.

Diese Vollmacht gilt neben dem gesamten vermögensrechtlichen Bereich auch für sämtliche Erklärungen zur Personensorge. Der Bevollmächtigte ist, ohne dass die nachfolgende Aufzählung in irgendeiner Weise abschließend wäre, insbesondere befugt in meinem Namen

1. gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen oder sonstigen Anstalten, Behörden und Gerichten Erklärungen abzugeben oder von diesen entgegenzunehmen. Der Bevollmächtigte kann in diesem Zusammenhang Krankenunterlagen einsehen und alle **Auskünfte und Informationen** verlangen. Die Ärzte und Einrichtungen werden von der Schweigepflicht entbunden.
2. in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, **Heilbehandlungen** und ärztliche Eingriffe **einzuwilligen**, die Einwilligung zu **verweigern** oder eine bereits erteilte Einwilligung zu **widerrufen**. Dies gilt selbst dann, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme bzw. aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Die Vollmacht umfasst daher ausdrücklich auch die Befugnis zur Entscheidung über Maßnahmen der so genannten passiven Sterbehilfe bzw. der so genannten „Hilfe zum Sterben“, insbesondere

über einen Behandlungsabbruch oder die Einstellung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen der Intensivmedizin.

3. meinen **Aufenthaltort** zu bestimmen.
4. in **freiheitsbeschränkende Maßnahmen** (Freiheitsentziehung durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise) einzuwilligen oder die Einwilligung zu versagen.
5. meine **Unterbringung** zu veranlassen, auch wenn sie mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen verbunden ist.

3.

Ich behalte mir ausdrücklich vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

4. **Hinweise**

Die Vollmacht kann jederzeit einseitig widerrufen oder abgeändert werden.

Unterbringungen und unterbringungsähnliche Maßnahmen bedürfen stets, lebensgefährliche Heileingriffe und Behandlungsabbrüche unter bestimmten Umständen der Genehmigung des Betreuungsgerichts.

5. **Schluss**

Ich bin damit einverstanden, dass der Notar meine Daten speichert und verwendet.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)



MUSTER **Patientenverfügung:**

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

1. Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
2. Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
3. Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall, 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 äußerst unwahrscheinlich ist.
4. 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 natürliche Weise zu mir zu nehmen.
5. Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen Situationen verlange ich:

Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, 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.

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich:

Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
Keine Wiederbelebungsmaßnahmen.

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen Situationen, insbesondere in den Situationen, auch soweit der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke, noch über die Vene).
Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen.

5. Fortdauernde Gültigkeit ohne ausdrücklichen Widerruf:

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens

unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Schluss

Ich bin damit einverstanden, dass der Notar meine Daten speichert und verwendet.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)