

Berliner Biografie

mein Leben, meine Erlebnisse

von Rechtsanwalt Dr. Ulrich Zacharias

[§.] BERLIN
ADLERSHOF

Vorwort

Ein Leben lang haben wir uns über verschiedene Vorsorgeaspekte Gedanken gemacht. Finanzielle Vorsorge für das Alter, Vorsorgeverfügungen, etc. Und wir haben uns ein ganzes Leben lang gegen Risiken abgesichert und dafür an die Versicherungen viel Geld gezahlt. Aber eine Vorsorge und ein Risiko wird gerne übersehen: Wenn ich im Alter nichts mehr von mir erzählen kann, weil ich das meiste vergessen habe, dann erfahren die Menschen, die sich um mich kümmern, nur sehr schwer etwas von mir. Aber sie sollten doch eigentlich sehr sehr viel von mir wissen! Dabei geht es um vielleicht banale Dinge, dass Wackelpudding mein Lieblingsnachtisch ist, oder um existentielle Dinge, weil ich gegen bestimmte Medikamente allergisch bin. Und ich möchte mich nicht jeden Tag über das Wetter unterhalten, sondern lieber über meine Familie, meinen Beruf, meine schönsten Reisen oder Erlebnisse.

Es gibt also viele gute Gründe, warum ich wesentliche Dinge über mein Leben „schwarz auf weiß“ festhalten sollte. Wie viel leichter kann ich im hohen Alter kommunizieren, wenn ich Fotos von mir, von meinen Kindern und Enkeln, von meinen Urlaubsreisen und Ähnliches zeigen kann? Darum geht es in dieser Broschüre, deren wesentlichen Inhalt Sie selbst erbringen sollen. Je mehr Zeit Sie sich nehmen, um so erfolgreicher wird das Ergebnis. Wenn Sie dann noch einen stabilen Schutzumschlag besorgen, haben Sie selbst und viele andere lange Jahre Freude an Ihrem „Erlebnisalbum“.

Berlin, im Sommer 2015

Dr. Ulrich Zacharias

Das bin ich



| | |
|-------------------------------|----------------------|
| Name: | _____ |
| Geburtsname: | _____ |
| Vorname/n: | _____ |
| So nennen mich meine Freunde: | _____ |
| Geboren am: | _____ |
| Geburtsort: | _____ |
| Familienstand: | _____ |
| Ehepartner: | _____ |
| Kinder: | _____ geb. am: _____ |
| | _____ geb. am: _____ |
| | _____ geb. am: _____ |
| Hier habe ich gewohnt: | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| Staatsangehörigkeit: | _____ |

Für mich ist wichtig:

Ich habe eine

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Wohnen möchte ich am liebsten

- zu Hause
- Senioren-/Pflegeeinrichtung
- Einzelzimmer
- Zweibettzimmer
- Mehrgenerationenhaus
- sonstigen _____

Keinesfalls will ich:

Ich habe mich bereits _____ angemeldet.

Zudem habe ich ein Testament

- ja nein

Ich habe eine Bestattungsvorsorge abgeschlossen

- ja nein

Mit:

Telefon:

Für meine Beerdigung wünsche ich mir:

Ansonsten ist mir wichtig, dass die in der Broschüre gemachten Angaben möglichst umgesetzt werden. Die in diesem Buch gemachten Angaben unter den Punkten „Für mich ist wichtig“ sehe ich als bindend an.

Unterschrift:

Ort, Datum:

Mein Ehepartner:

Foto

Name und Geburtsdatum: _____

Besondere Erinnerungen: _____

Meine Kinder:

Foto

Namen und Geburtsdatum: _____

Besondere Erinnerungen: _____

Meine Enkelkinder:



Namen und Geburtsdatum: _____

Besondere Erinnerungen: _____

Meine Eltern und Geschwister:

Foto

Namen und Geburtsdatum: _____

Besondere Erinnerungen: _____

Meine Großeltern:

Foto

Namen und Geburtsdatum: _____

Besondere Erinnerungen: _____

Meine besten Freunde-/innen:



Namen und Geburtsdatum: _____

Besondere Erinnerungen: _____

Mein liebstes Haustier:

Foto

Name: _____

Besondere Erinnerungen: _____

Mein Werdegang:

Grundschule: _____ in: _____

Grundschule: _____ in: _____

Weiterführende Schule: _____ in: _____

Weiterführende Schule: _____ in: _____

Schulabschluss: _____ in: _____

Besondere Erinnerungen: _____

Haben Sie eine Privatschule besucht? ja nein

Sind Sie gern zur Schule gegangen? ja nein

Wurden Sie in der Schule gehänselt/gemobbt? ja nein

Haben Sie studiert, wenn ja, was? ja nein

Studium: _____ in: _____

Studium: _____ in: _____

Haben Sie eine Lehre gemacht? ja nein

_____ Jahre Lehre als _____ Ort: _____

_____ Jahre Lehre als _____ Ort: _____

Haben Sie eine Umschulung gemacht? ja nein

Wenn ja, welche?

War Ihnen die Berufstätigkeit wichtig? ja nein

Welche Tätigkeiten übten Sie dann im weiteren Verlauf aus?

Waren Sie selbständig? ja nein

von _____ bis _____ Branche _____

Hatten Sie ein eigenes Geschäft /eine eigene Firma? ja nein

Wenn ja, wie viele Mitarbeiter haben Sie ca. beschäftigt?

keinen 1 - 20 mehr

Waren Sie arbeitslos? ja nein

Wenn ja, wie lange ungefähr? _____

Wann hörten Sie mit dem Arbeiten auf und gingen in Rente? _____

Sind Sie Frührentner geworden? ja nein

Wenn ja, wann und wodurch?

Wie sind Sie zur Arbeit gekommen?

Auto Bahn

Bus Fahrrad

zu Fuß Mitfahrer

Wie war das Verhältnis zu Ihren Arbeitskollegen?

Fotos

So bin ich:

Haben Sie einen Führerschein?

ja

nein

Meine liebsten/schlimmsten Erinnerungen:

Hierüber freue ich mich: z.B. *Pflanzen in meiner Nähe, Tiere*

Das macht mir Angst: z.B. *Gewitter, laute Stimmen, Tiere*

Ich esse und trinke besonders gerne:

Das esse und trinke ich überhaupt nicht gerne:

Besonders gerne beschäftige ich mich mit: z.B. *Lesen, Rätseln, Sticken, Malen, Musik hören*

Das unternehme ich gern: z.B. *Museum, Theater, Oper, Reisen*

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Diese Sprachen spreche ich:

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Das ist mir bei Körperpflege und Kosmetik besonders wichtig: z.B. *Friseur, Gesichtspflege, Dusche*

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Meine liebste Kleidung: z.B. *Anzug, Kleid, Hut, Schmuck, Schuhe*

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Ich schlafe gern: z.B. *Fenster offen/geschlossen, weiche Matratze, Federkissen, Augenmaske...*

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Meine Lieblingslieder:

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Ich lese gerne: z.B. *Autoren, Buchtitel, Zeitschriften*

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Sportliche Betätigungen: z.B. *Gymnastik, Schwimmen, Joggen, Tanzen, Fußball*

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Ich spiele gerne: *Karten- oder Gesellschaftsspiele, Computerspiele*

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Meine E-Mail-Adresse lautet:

| |
|-------|
| <hr/> |
|-------|

Die Zugangsdaten zu den E-Mail-Konten, Bankkonten, Online-Diensten, etc., hat wer?

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Ich bin Mitglied in diesen Vereinen:

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Meine Gesundheit:

Meine Krankheiten:

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Meine Allergien:

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Chronische Schmerzen:

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Migräne:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |

Diese Medikamente nehme ich:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |

| | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Wurden Sie schon einmal operiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, woran? | | |
| Jahr: _____ Operiert an: _____ | | |
| Jahr: _____ Operiert an: _____ | | |
| Jahr: _____ Operiert an: _____ | | |
| Jahr: _____ Operiert an: _____ | | |
| Jahr: _____ Operiert an: _____ | | |
| Jahr: _____ Operiert an: _____ | | |

| | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Sind Sie oder waren Sie süchtig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wenn ja, wonach? | | |
| _____ | | |

Gibt es sonstige Eigenschaften, die für Ihr Befinden wichtig sind?

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |

| | | |
|------------|----------------------------------|--|
| Ich rauche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| | <input type="radio"/> Zigaretten | <input type="radio"/> Zigarre <input type="radio"/> Pfeife |

Meine Ärzte sind zur Zeit:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Bei der Pflege wäre es mir lieb, wenn mich

- eine Frau,
- ein Mann pflegt.
- egal

Sollte an mir Pflegepersonal ausgebildet werden, so ist es

- in Ordnung, solange meine Würde gewahrt bleibt.
- in Ordnung, solange _____
- Ich möchte nicht, dass an mir Pflegepersonal ausgebildet wird.

Ich möchte auf keinen Fall ...

Im Notfall sind zu benachrichtigen:

Meine Lebenseinstellung:

Meine Religionszugehörigkeit ist:

- evangelisch römisch-katholisch
 jüdisch muslimisch
 buddhistisch hinduistisch
 oder _____
 Ich bin Atheist/in
 Ich bin an Spiritualität interessiert

Ich betreibe meine Religion/Spiritualität aktiv

- ja nein
 bei bestimmten Gelegenheiten

Ich möchte möglichst an religiösen Veranstaltungen (z.B. Gottesdienst) teilnehmen

- ja nein
 zu bestimmten Anlässen

Einzelgespräche mit einem/einer Geistlichen sind mir wichtig

- ja nein
 zu bestimmten Anlässen

Gibt es aufgrund religiöser Ansichten bestimmte Nahrung, die Sie nicht essen?

- ja nein

Wenn ja, welche?

Fasten Sie aus religiösen Gründen?

- ja nein

Wenn ja, wann?

Worauf verzichten Sie?

Wann haben Sie nach Ihrem Glauben gebetet?

Haben Sie ehrenamtlich in der Kirche geholfen?

- ja nein

Gibt es sonstige Eigenheiten, die in Religionsfragen für Sie wichtig sind?

Das gefällt mir

Auf folgende Dinge möchte ich nicht verzichten: z.B. Lieblingsbild, Sessel

Das habe ich immer bei mir: z.B. Ring, Teddy, Talisman

Wenn ich entspannen möchte:

Dazu brauche ich:

Langeweile bereitet mir:

Ich schäme mich bei/wenn:

Wenn ich traurig bin, mag/mache ich am liebsten:

Streit bekommt man mit mir, wenn:

Die beste Entscheidung meines Lebens war:

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Folgende Feiertage sind mir wichtig

| | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ostern | <input type="radio"/> Weihnachten | <input type="radio"/> Ramadan |
| <input type="radio"/> Passah | <input type="radio"/> Visakha Puja | <input type="radio"/> mein Geburtstag |
| <input type="radio"/> und/ oder _____ | | |

Nicht vergessen möchte ich folgende Tage: z.B. Hochzeitstag

| |
|-------------|
| <hr/> <hr/> |
|-------------|

Kontakte

Über diese Besucher freue ich mich sehr/sind mir wichtig:

| |
|-------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------|

Keinen Kontakt haben möchte ich zu:

| |
|-------------------------|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|-------------------------|

Rituale und Vorlieben

Folgende Rituale sind mir wichtig: z.B. Kakao vor dem Schlafengehen, beten vor der Mahlzeit

Ich habe diese Vorlieben: z.B. sitze gern in der Sonne, bin Frühaufsteher/in

Mein „persönlicher Luxus“ ist es:

Haben Sie spezielle Rituale vor/beim/nach dem Essen? ja nein

Gibt es musikalische Vorlieben? z.B. Schlager, Klassik, moderne Musik etc.

Gibt es besondere Vorlieben beim Fernsehprogramm?

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Serien | <input type="radio"/> Abenteuer | <input type="radio"/> Unterhaltungsprogramm |
| <input type="radio"/> Liebesfilme | <input type="radio"/> Krimis | <input type="radio"/> Sport |
| <input type="radio"/> Komödie | <input type="radio"/> Nachrichten | <input type="radio"/> Dokumentationen |

Welche Bücher lese ich gern? z.B. Klassische Literatur, Unterhaltungsliteratur, Krimi, Comic

In welchen Ländern waren Sie schon einmal?

| | |
|------------|-------------|
| Land _____ | Stadt _____ |

Andere Länder:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Fotos

Fotos

Fotos

Fotos

Fotos

Fotos

Fotos

Fotos

Berliner Patientenverfügung

Persönliche Angaben:

z.B.: Ich heiße Mia Mann und bin 57 Jahre alt. Ich bin verheiratet, habe zwei erwachsene Kinder und drei Enkelkinder. Ich wohne in Berlin, Häuslebauergasse 15. Nach Gesprächen mit meiner Familie, meiner Hausärztin und juristischer Beratung mache ich diese Patientenverfügung.

Bei dem hier vorliegenden Formular „Berliner Patientenverfügung“ handelt es sich um eine Hilfestellung. Formulare können auf eine Vielzahl von Fällen passen, ersetzen jedoch niemals einen individuell angepassten Text. Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine höchstpersönliche Entscheidung. Es geht tatsächlich um Leben und Tod. Sie müssen sich deshalb unbedingt fachkundigen Rat einholen, insbesondere vom Hausarzt und von einem Juristen. Diese werden eine optimale Lösung erarbeiten.

Ich möchte in Würde sterben können. Wenn ich dem Tode nahe bin, verzichte ich auf apparatemedizinische Eingriffe. Ich empfinde es als unwürdig, durch künstliche Beatmung, künstliche Ernährung oder in sonstiger Abhängigkeit von medizinischen Geräten am Leben gehalten zu werden, obwohl ich sterbenskrank bin. Das gilt auch, wenn ich trotz eines möglichen Behandlungserfolges aufgrund schwerster Erkrankung nie mehr in der Lage sein werde, zu essen und zu trinken, mich wenigstens geringfügig zu bewegen und mit anderen Menschen in einfachster Weise zu kommunizieren. Deshalb bestimme ich Folgendes:

Wenn ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann und medizinisch festgestellt ist,

- dass ich unheilbar krank bin und mein Tod in den nächsten 12 Monaten absehbar ist,
- dass aufgrund einer Hirnschädigung lebenswichtige körperliche und geistige Funktionen dauerhaft geschädigt sind,
- dass ich im Koma liege und keine realistische Hoffnung auf ein Weiterleben ohne schwerste Behinderung besteht,
- dass ich sehr alt und gebrechlich bin und eine hochgradige Pflegebedürftigkeit besteht,
- dass ich im Sterben liege,

wünsche ich keine lebensverlängernden Maßnahmen wie zum Beispiel

- künstliche Beatmung,
- künstliche Ernährung,
- Wiederbelebung
- _____
- _____

Stattdessen wünsche ich eine ärztliche Begleitung und Pflege zur Linderung von Schmerzen, Luftnot, Durstgefühl, Unruhe und Angstzuständen. Eine Lebensverkürzung nehme ich hierbei ausdrücklich in Kauf.

Alle meine Bestimmungen sind genauso konkret wie beispielhaft zu verstehen. Sollte eine Situation eintreten, auf die meine Anweisungen nicht exakt zutreffen, so weise ich die Ärzte, Pfleger, Bevollmächtigten und Betreuer an, entsprechend dem Sinn der obigen Ausführungen zu handeln. Bei der Interpretation meines Willens sind untenstehende Begriffserklärungen unbedingt zu beachten.

Mit der Durchsetzung meiner Patientenverfügung bevollmächtige ich jeweils einzeln:

Diese Vollmacht zur Durchsetzung meines Patientenwillens gilt für alle Entscheidungen, die im Rahmen der Gesundheitsfürsorge für mich und in meinem Namen zu treffen sind, insbesondere für Entscheidungen gemäß § 1904 Abs. 1 und 2 BGB. Jeder Bevollmächtigte ist darüber hinaus berechtigt, in meinem Namen anwaltliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, um rechtlich notwendige Schritte einzuleiten.

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und Pflegekräfte von ihrer beruflichen Schweigepflicht gegenüber den von mir bevollmächtigten Personen.

Sollten die mich behandelnden Ärzte und Pflegekräfte mein Patiententestament nicht beachten wollen, ermächtige ich die von mir bevollmächtigten Personen, den Behandlungsvertrag zu kündigen. Wenn Ärzte und Pfleger gegen meinen Willen handeln, sollen die von mir Bevollmächtigten die zuständigen Behörden und Gerichte einschalten.

Ich weiß, dass ich alle Anweisungen jederzeit formlos ändern und widerrufen kann.

Berlin, den _____
_____ (Unterschrift Patient)

(Unterschrift Arzt / Ärztin)

Begriffserklärungen:

unheilbar krank: wenn ich an einer nicht heilbaren und fortschreitenden Krankheit, zum Beispiel Krebs, leide.

Hirnschädigung: direkte Hirnschädigung (durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, etc.) oder indirekte Hirnschädigung (nach Wiederbelebung, Schock, Lungenversagen, etc.) oder fortgeschrittener Hirnabbauprozess (zum Beispiel Demenz).

dauerhafte Schädigung lebenswichtiger körperlicher und geistiger Funktionen: wenn der Körper ohne künstliche Hilfe nicht selbständig am Leben gehalten werden kann oder die Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten nach ärztlicher Einschätzung verloren ist.

Koma: gemeint ist das Wachkoma (apallisches Syndrom), bei dem das Großhirn als Zentrum der Denkfähigkeit fast immer irreparabel geschädigt ist.

schwerste Behinderung: besteht bei dauerhafter Schädigung lebenswichtiger körperlicher und geistiger Funktionen.

gebrechlich: wenn ich kaum noch in der Lage bin, mich selbständig fortzubewegen, also dauerhaft unbeweglich und bettlägerig bin oder an einer schweren Demenz leide, d.h. von meiner Umwelt nichts mehr bewusst wahrnehme oder wenn mein Körper auf natürlichem Wege nicht mehr in der Lage ist, Nahrung und Flüssigkeit aufzunehmen.

hochgradige Pflegebedürftigkeit: wenn ich mich aufgrund meiner körperlichen und geistigen Verfassung um nichts mehr kümmern kann und dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen bin.

im Sterben liegen: wenn ich mich im Endstadium einer unheilbar tödlichen Krankheit befinde oder wenn aller Wahrscheinlichkeit nach der Sterbeprozess bei mir unabwendbar begonnen hat.

Berliner Vorsorgevollmacht

Persönliche Angaben:

z.B.: Ich heiße Manfred Muster und bin 53 Jahre alt. Ich bin verheiratet und habe drei Kinder. Ich wohne in Berlin, Häuslebauergasse 17. Für den Fall, dass mir etwas passiert, möchte ich meine Angelegenheiten hiermit regeln.

Bei der Berliner Vorsorgevollmacht handelt es sich um ein Formular, das sicherlich in vielen Fällen passend ist. Aber die Umstände, in denen wir leben, sind nicht immer einheitlich oder gleich. Deswegen ist es durchaus sinnvoll, von Formularen abzusehen und sich einen individuellen Text zu überlegen. Hierzu braucht man jedoch erfahrungsgemäß juristische Beratung, denn falsche Formulierungen können zu unerwünschten Risiken und Nebenwirkungen führen.

Mit einer Vorsorgevollmacht versetzt man andere in die Lage, wichtige Entscheidungen zu treffen. Von dieser Vollmacht soll vor allem dann Gebrauch gemacht werden, wenn der Vollmachtgeber nicht mehr in der Lage ist, selbst zu entscheiden. Dann kann er aber auch die Bevollmächtigten nicht mehr kontrollieren. Auch deswegen sollte man unbedingt fachkundigen Rat einholen, beispielsweise von einem Rechtsanwalt oder einem Notar. Diese werden eine optimale Lösung finden.

Wenn ich einmal nicht mehr in der Lage bin, wichtige Angelegenheiten meines Lebens selbst zu regeln, möchte ich nicht von fremden Personen abhängig sein. Deshalb möchte ich mit dieser Vorsorgevollmacht Vertrauenspersonen benennen, die für mich tätig werden sollen, wenn ich hilfsbedürftig bin.

Weil ich keine Zweifel an der Gültigkeit der Vollmachten lassen möchte, erteile ich sie ohne Bedingungen. Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine Vollmacht auch missbraucht werden kann. Für diesen Fall sieht dieses Formular daher die Möglichkeit der Einsetzung eines Kontrollbevollmächtigten vor.

Mir ist bewusst, dass diese Vorsorgevollmacht keine Patientenverfügung oder ein Patiententestament ersetzt oder überflüssig macht. Eine Vollmacht für medizinische Angelegenheiten ist in diesem Formular nur teilweise enthalten.

Für Grundstücksgeschäfte wird eine notarielle Beurkundung von Vollmachten verlangt. Solche Geschäfte sollen die von mir Bevollmächtigten jedoch nicht vornehmen. Sie sollen für mich auch keine Verbraucherkredite vereinbaren.

Ich erteile diese Vollmachten, weil ich die gerichtliche Bestellung eines Betreuers vermeiden will. Sollte trotz dieser Vorsorgevollmacht ein Gericht die Bestellung eines Betreuers für nötig halten, so soll diese Vorsorgevollmacht auch als Betreuungsverfügung verstanden werden. Die von mir ausgewählten Vertrauenspersonen sollen als Betreuer eingesetzt werden. Notfalls soll das Gericht einen Kontrollbetreuer bestellen.

Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, daß ein Betreuer oder Kontrollbetreuer nicht berechtigt sein soll, die von mir erteilten Vollmachten zu widerrufen. Sollte ein solcher Widerruf dennoch erfolgen, soll das zuständige Betreuungsgericht einen von der Rechtsanwaltskammer vorgeschlagenen Fachanwalt für Familienrecht als Zusatzbetreuer mit der Aufgabe bestellen, nach Prüfung der Sach- und Rechtslage die von mir erteilten Vollmachten wiederherzustellen.

Die nachfolgende Vollmacht räumt den von mir Bevollmächtigten erhebliche Rechte ein. Soweit eine beispielhafte Aufzählung folgt, soll diese den Umfang der Berechtigung hervorheben, ohne eine Einschränkung zu bewirken.

Hiermit bevollmächtige ich jeweils einzeln (Name, Anschrift, Telefon):

1. _____

2. _____

3. _____

Die von mir Bevollmächtigten vertreten mich insbesondere in folgenden Bereichen:

I. Vermögen:

- Sie dürfen mein Vermögen verwalten und hierzu Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, insbesondere (○ Nein)
- über mein Vermögen verfügen (○ Nein)
- Zahlungen leisten und annehmen (○ Nein)
- für mich Verpflichtungen und Verbindlichkeiten eingehen (○ Nein)
- mich im Geschäftsverkehr mit Banken und Versicherungen vertreten (○ Nein)
- Schenkungen im üblichen Rahmen vornehmen (○ Nein)

II. Behörden und Gerichte, Post und Telekommunikation:

- Sie dürfen mich bei Behörden, Gerichten, Versicherungen, Renten- und Sozialversicherungsträgern vertreten und Rechtsanwälte mit meiner Vertretung beauftragen.
(Nein)

- Sie dürfen für mich bestimmte Post (auch elektronische) entgegennehmen und öffnen. Sie entscheiden über alle Telekommunikationsvorgänge und dürfen die hiermit zusammenhängenden Erklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.
(Nein)

III. Gesundheitssorge:

- Sie dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder stationären Behandlung oder Pflege.
(Nein)

- Sie dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meinen Bevollmächtigten von ihrer beruflichen Schweigepflicht.
(Nein)

- Ich habe ein Patiententestament/eine Patientenverfügung verfasst und dabei eine Vollmacht zur Durchsetzung meines Patientenwillens erteilt, welche dieser Vorsorgevollmacht vorgeht.
(Nein)

IV. Aufenthalt, Wohnungsangelegenheiten, Heim und Hospiz:

- Sie dürfen bestimmen, wo ich mich aufhalte und Rechte und Pflichten bezüglich meiner Wohnung wahrnehmen. Sie dürfen meinen Haushalt auflösen und einen Mietvertrag oder Heimvertrag oder Ähnliches abschließen und kündigen.
(Nein)

Datum:

Unterschrift:

.

Zusatzvollmacht für einen Kontrollbevollmächtigten

Weil diese Vorsorgevollmacht so weitreichend ist, kann es sinnvoll sein, eine zusätzliche Person zu bevollmächtigen, die darauf achtet, dass die Interessen des Vollmachtgebers nicht zu sehr beeinträchtigt werden. Hierdurch kann sich auch die Bestellung eines Kontrollbetreuers durch das Betreuungsgericht erübrigen. Deshalb soll diese Aufgabe übernehmen (Name, Anschrift, Telefon):

Diese/r soeben genannte Bevollmächtigte hat alle Auskunftsrechte gegenüber den zuvor genannten Bevollmächtigten und soll gegebenenfalls das Betreuungsgericht informieren.

Datum:

Unterschrift:

Wichtige Telefonnummern, Adressen und Ansprechpartner

Wenn es mir nicht gut geht, sollen benachrichtigt werden:

In persönlichen Angelegenheiten (z. B. ein Kind mit Name, Anschrift, Telefon):

In finanziellen Dingen (z. B. Hausbank mit Name, Anschrift, Telefon):

In gesundheitlichen Dingen (z. B. Hausarzt mit Name, Anschrift, Telefon):

In rechtlichen Dingen (z. B. Rechtsanwalt mit Name, Anschrift, Telefon):

Geburtstagskalender

| Januar | Februar | März |
|---------|----------|-----------|
| | | |
| April | Mai | Juni |
| | | |
| Juli | August | September |
| | | |
| Oktober | November | Dezember |
| | | |