

Mus Muster , im Besitz der Deutschen Staatsangehörigkeit, EStA Register-Nr.
 (Register EStA - Entscheidungen in Staatsangehörigkeitsangelegenheiten)
 geboren am xxxxxxxx in xxxxxxxxx
 Anschrift
 E-Mail:

erteile heute am _____

in Musterstadt

hiermit Generalvollmacht für:

aaaaaaaa, im Besitz der Deutschen Staatsangehörigkeit, EStA Register-Nr.
 Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail:

bbbbbbbb, im Besitz der Deutschen Staatsangehörigkeit, EStA Register-Nr.
 Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail:

cccccccc, im Besitz der Deutschen Staatsangehörigkeit, EStA Register-Nr.
 Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail:

dddddddd, im Besitz der Deutschen Staatsangehörigkeit, EStA Register-Nr.
 Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail:

eeeeeeee, im Besitz der Deutschen Staatsangehörigkeit, EStA Register-Nr.
 Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail:

Diese oben genannten Vertrauenspersonen/Vorsorgebevollmächtigten - nachfolgend „Generalbevollmächtigte“ genannt -
 die jeweils einzeln stets unbeschränkt vertretungsberechtigt bzw. handlungsberechtigt sind
 werden hiermit von mir bevollmächtigt,

mich in allen erdenkbaren Angelegenheiten bzw. Aufgabenkreisen zu vertreten, insbesondere in:

Gesundheitspflege, Aufenthaltsbestimmung, Vermögenssorge, Wohnungsangelegenheiten, Behördenangelegenheiten, Rentenangelegenheiten,
 Sozialhilfeangelegenheiten

Die Reihenfolge der genannten Generalbevollmächtigten hat keine Bedeutung in Bezug auf deren Gewichtung.

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meinen Generalbevollmächtigten von der Schweigepflicht und
 verpflichte Ärzte und nichtärztliches Personal im Falle des Kontaktes mit mir, alle oben genannten Generalbevollmächtigten zu benachrichtigen.

Jeder Generalbevollmächtigte ist ausdrücklich auch befugt,

- Krankenunterlagen einzusehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen.
- meinen Aufenthalt zu bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrzunehmen sowie meinen Haushalt aufzulösen.
- mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern zu vertreten.
- mein Vermögen zu verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vorzunehmen, Erklärungen aller Art abzugeben und entgegenzunehmen sowie Anträge zu stellen, abzuändern, zurückzunehmen.

Mus Muster
xx.yy.2013

- über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen
- Zahlungen und Wertgegenstände anzunehmen
- Verbindlichkeiten einzugehen
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abzugeben und mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten.
- Schenkungen in dem Rahmen vorzunehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.
- die für mich bestimmte Post entgegenzunehmen und zu öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr zu entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abzugeben.
- mich gegenüber Gerichten zu vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vorzunehmen
- im Todesfall meine Bestattung auf See zu organisieren (ich darf nicht verbrannt werden).

Im Folgenden lege ich bindend fest, welche medizinischen Diagnoseerstellungen und Behandlungen ich strikt ausschließe und welche ich billige und denen somit ein von mir Generalbevollmächtigter/Generalbevollmächtigte zustimmen muss und welche er verweigern muss.

A) Unter keinen Umständen darf bei mir irgendeine psychiatrische Diagnose erstellt werden.

Ich verbiete hiermit jedem psychiatrischen Facharzt oder Fachärztin, mich zu untersuchen, genauso wie ich jedem anderen approbierten Mediziner untersage, mich hinsichtlich irgendeines Verdachts einer angeblichen „psychischen Krankheit“ oder „Verhaltensstörung“ zu untersuchen.

Allen Ärzten, die mich untersuchen wollen, untersage ich, den Versuch irgendeiner der Diagnosen zu stellen, die zum Beispiel

1) im International Statistical Classification of Diseases (aktuell ICD 10. Revision, German Modification) im Kapitel V mit den Bezeichnungen von F00 fortlaufend bis F99 als „Psychische und Verhaltensstörungen“ bezeichnet werden.

2) im Manual DSM-5 (auch DSM-V), der fünften Auflage des von der American Psychiatric Association herausgegebenen Klassifikationssystems Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders erwähnt werden.

3) in irgendeinem sonst noch bestehenden oder zukünftig erscheinenden bzw. geänderten Regelwerks/Manuals bezüglich psychiatrischer Krankheiten und Verhaltensstörungen erwähnt werden.

B) Strikt untersage ich folgende Behandlungen/Maßnahmen:

- Behandlungen von einem psychiatrischen Facharzt oder dem sozialpsychiatrischen Dienst.

- Behandlung in einer psychiatrischen Station eines Krankenhauses oder einer Ambulanz oder einem sog. Krisendienst

- jede Einschränkung meiner Freiheit z.B. einsperren in einer psychiatrischen Station, jede Fixierung, jede Behandlung gegen meinen geäußerten Willen, jede Zwangsbehandlung egal mit welchen als Medikament bezeichneten Stoffen oder Placebos.

- Behandlungen von/mit Chemotherapie, Verabreichung von Medikamenten wie z. B. Zytostatika und solchen, die erhebliche, unerwünschte Nebenwirkungen und Folgen haben oder haben können.

- jede Art von Impfungen

- jede Art von Entnahmen aus meinem Körper (z. B. Lunge, Herz, Nieren, Leber, Bauchspeicheldrüse, Dünndarm, Haut, Knochen, Knochenteile, Herzklappen, Herzbeutel, Augen, Blutgefäße, Knorpelgewebe, Sehnen und Bänder)

- das Abtrennen von Körperteilen und Teilen von Körperteilen (z. B. Gesicht, Hände, Arme, Beine, Luftröhre, Kehlkopf, Zunge und Penis)

- Legen irgendwelcher Sonden in meinen Körper

- Blutentnahme

- lebenserhaltende/verlängernde Maßnahmen bei schwerem Unfall, Herzinfarkt oder Schlaganfall mit:

Schädigung des Gehirns

abgetrennten Gliedmaßen

Verlust oder unheilbarer Schädigung eines oder mehrerer Organe

lebenslanger Abhängigkeit von Medikamenten

- künstliche Ernährung

Wir, aaaaaaa, bbbbbb, cccccc, ddddd, eeeee bestätigen, dass, Mus Muster diese Verfügung im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und seiner vollen Geschäftsfähigkeit verfasst hat und dass sein in dieser VOLLMACHT einschließlich Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachter freier Wille und die Wirksamkeit dieser VOLLMACHT einschließlich Patientenverfügung unbestreitbar sind:

aaaaaaaaaaaa

Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail

Musterstadt, den _____

_____	_____	_____
Vorname	Familienname	Unterschrift

bbbbbbbbbb

Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail

Musterstadt, den _____

_____	_____	_____
Vorname	Familienname	Unterschrift

ccccccccc

Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail

Musterstadt, den _____

_____	_____	_____
Vorname	Familienname	Unterschrift

dddddddddd

Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail

Musterstadt, den _____

_____	_____	_____
Vorname	Familienname	Unterschrift

eeeeeeeeeee

Straße, [PLZ]. Ort, Telefon, Handy, E-Mail

Musterstadt, den _____

_____	_____	_____
Vorname	Familienname	Unterschrift