

Vorsorgevollmacht

Ich, (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Adresse, Telefon, Telefax

bevollmächtigte hiermit widerruflich

(bevollmächtigte Person/en)

1.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax

evtl. weitere Person

2.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse, Telefon, Telefax

- **beide jeweils einzelvertretungsberechtigt** -

im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn der beschriebene Zustand von einer Ärztin/einem Arzt mit Datum bescheinigt wird.

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

ja nein

- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs.1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

ja nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

ja nein

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung auch im Rahmen einer ärztlichen Zwangsmaßnahme (§ 1906 Abs.1 und Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

ja nein

- Andere Bestimmungen

ja nein

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

ja nein

- Sie darf einen Heimvertrag abschließen.

ja nein

- Andere Bestimmungen

ja nein

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

ja nein

- Andere Bestimmungen

ja

nein

Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen,

ja

nein

namentlich

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen

ja

nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

ja

nein

- Verbindlichkeiten eingehen

ja

nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten

ja

nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

ja

nein

- Andere Bestimmungen

ja

nein

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können

Achtung: Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken!

Es wird empfohlen, mit Ihrer Bank persönlich Rücksprache zu nehmen.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen, sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!

Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

ja

nein

Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

ja

nein

Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten **keine** Untervollmacht erteilen.

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung (»rechtliche Betreuung«) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer/in zu bestellen.

ja

nein

Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

ja

nein

evtl. weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers

Unterschrift Zeuge (ggfl. Hausarzt)

Ä r z t l i c h e B e s c h e i n i g u n g

Vollmachtgeber/in:

Familienname:	
Vorname:	
geboren am:	
Anschrift:	

Bevollmächtigte/r :

Familienname:	
Vorname:	
geboren am:	
Anschrift:	

und

Familienname:	
Vorname:	
geboren am:	
Anschrift:	

Hiermit bestätige ich, dass der/die obengenannte Vollmachtgeber/in zurzeit infolge einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung außerstande ist, eigene Entscheidungen zu treffen.

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes:

Ort/Datum:

Unterschrift der Ärztin/des Arztes