

Vorsorgevollmacht

Ich,

Name: _____
Geburtsname: _____
Vorname: _____
geboren am: _____
Geburtsort: _____
Straße/ Hausnummer: _____
PLZ./ Ort: _____
Telefon: _____
Handy: _____
E – Mail _____

Vollmachtgeber/in

erteile hiermit Vollmacht an Herrn / Frau

Name: _____
Geburtsname: _____
Vorname: _____
geboren am: _____
Geburtsort: _____
Straße/ Hausnummer: _____
PLZ./ Ort: _____
Telefon: _____
Handy: _____
E – Mail _____

Vollmachtnehmer/in

Diese Vertrauensperson wird hiermit ermächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.

Durch diese Vollmachterklärung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht soll daher in Kraft bleiben, wenn ich nach Ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/ des Vollmachtgebers

1. 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, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. (§1904 Abs. 1 BGB)

Ja Nein

- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs., 2 BGB). Sie darf somit auch Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernden 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 (§ 1906 Abs. 1 BGB),

Ja Nein

über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB)

Ja Nein

und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim

Ja Nein

oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ja Nein

2. 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 neuen Wohnungsmietvertrag abschließen,

Ja Nein

- und einen bestehenden Mietvertrag kündigen

Ja Nein

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit pflege- und Betreuungsleistungen; (ehemals: Heimvertrag) abschließen

Ja Nein

- oder einen bestehenden kündigen

Ja Nein

- Sie darf mich bei Behörden vertreten.

Ja Nein

- Sie darf mich bei Versicherungen vertreten.

Ja Nein

- Sie darf mich bei Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja Nein

3. 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

- und Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben, Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. (Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten können Sie auf die von Ihrer Bank/ Sparkasse angebotene Konto/ Depotvollmacht zurückgreifen: Dabei sollten Sie die Unterschrift aber grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse leisten. Noch besser ist es, die Bank/Sparkasse aufzusuchen und dort alle Fragen zu besprechen. Die Originalbankvollmacht sollte dieser Verfügung beigelegt sein.)

Ja Nein

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

4. 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

5. Vertretungen vor Gericht

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

Ja Nein

6. **Untervollmacht**

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Ja

Nein

7. **Betreuungsverfügung**

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

Ja

Nein

8. **Geltung über den Tod hinaus**

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ja

Nein

9. **Weitere Regelungen**

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Des Inhalts und der Konsequenzen meiner darin getroffenen Entscheidungen bin ich mir bewusst.

Ich erwarte, dass der in meiner Vorsorgevollmacht geäußerte Wille befolgt wird. Meine Vertreterin oder mein Vertreter soll dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Mir ist bekannt, dass ich die Vorsorgevollmacht jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

Beim Ausfüllen dieser Vorsorgevollmacht wurde ich von folgenden Personen unterstützt:

Arzt/ Ärztin meines Vertrauens ist:

Name, Vorname:

Straße/ Hausnummer:

PLZ / Ort:

Telefon:

Telefax:

E – Mail

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Erklärung der behandelnden Ärztin/ des behandelnden Arztes:

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift bestätige ich, dass ich von dieser Vorsorgevollmacht Kenntnis erlangt habe. Meine Patientin / mein Patient hat ihren/ seinen Willen in klarer Orientierung und Unabhängigkeit unterschrieben.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes