

Vorsorgevollmacht

Ich
(Name des Vollmachtgebers)

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

bevollmächtigte hiermit
(Name des Bevollmächtigten)

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

mich in allen nachfolgend angekreuzten oder angegebenen Angelegenheiten zu vertreten. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Bevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original vorlegen kann.

Ersatzvollmacht

Nur für den Fall der Verhinderung von

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

bevollmächtige ich
(Name des Ersatzbevollmächtigten)

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

mich in allen nachfolgend angekreuzten oder angegebenen Angelegenheiten zu vertreten. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Ersatzbevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der Ersatzbevollmächtigte die Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original vorlegen kann.

Der Bevollmächtigte hat Entscheidungsbefugnis über nachfolgende Maßnahmen:

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Soweit ich eine **Patientenverfügung** erstellt habe, genießt diese **Vorrang** und ist hier zu beachten.

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Einwilligung oder Ablehnung von Untersuchungen und Behandlungen, auch wenn für mich dadurch Lebensgefahr oder schwere bzw. lang anhaltende gesundheitliche Schäden entstehen könnten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen nach meinem mutmaßlichen oder in einer Patientenverfügung festgelegten Willen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entscheidung über Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entscheidung über meine Unterbringung, auch mit freiheitsentziehender Wirkung, und über freiheitsentziehende Maßnahmen in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entbindung von der Schweigepflicht:
Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet alle meine behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal, den Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte und nichtärztliches Personal von ihrer Schweigepflicht. Der Bevollmächtigte darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- _____
- _____
- _____

Vermögenssorge

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Entscheidung über alle laufenden finanziellen Angelegenheiten, z.B. Begleichung von Rechnungen oder Geltendmachung von Forderungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entgegennahme von Vermögenswerten, z.B. Geld, Sachwerten, Wertpapieren und Schriftstücken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Verfügung über meine Bankkonten, Depots und Safes sowie über meine sonstigen Vermögensgegenstände. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eingehen von Verbindlichkeiten, u.a. Abschluss von Darlehens- und Kreditverträgen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | |
| • _____ | | |

Folgende Geschäfte sollen **nicht** wahrgenommen werden:

- _____
- _____

(Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken)

Wohnungs- und Mietangelegenheiten

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wahrnehmung aller Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Auflösung meines Haushalts und Verfügung über das Inventar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Abschluss und Kündigung neuer Mietverträge. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | |
| • _____ | | |

Aufenthaltsbestimmung

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Unterbringung in und Entlassung aus einem Pflegeheim. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Abschluss und Kündigung eines Vertrags über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | |

Post- und Fernmeldeverkehr

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Abholung (oder Entgegennahme),
Öffnung und Umleitung meines Postverkehrs. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entscheidungen über meinen Fernmeldeverkehr (z.B. Telefon, Fax) und alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Kündigungen, Vertragsabschlüsse). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entscheidungen über Internet-, E-Mail- und Pay-TV-Verträge. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | |

Behörden- und Ämtervertretung

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Vertretung meiner Person bei Behörden und Leistungsträgern, wie z.B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen, Beihilfestellen, Rententräger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | |

Sonstige Vertragsangelegenheiten

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Verwaltung (einschließlich Abschluss, Kündigung) aller sonstigen Verträge. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | |

Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Beauftragung von Rechtsanwälten zur außergerichtlichen oder gerichtlichen Klärung von Rechtsstreitigkeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Durchführung von Prozesshandlungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • _____ | | |

Untervollmacht

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Erteilung von Untervollmachten an andere Personen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Transmortale Vorsorgevollmacht

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Ich wünsche, dass meine Vorsorgevollmacht auch über meinen Tod hinaus gilt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Diese Vorsorgevollmacht entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Betreuung trotz Vorsorgevollmacht

Sollte trotz dieser Vorsorgevollmacht die Bestellung einer Betreuung notwendig werden, möchte ich, dass diese von folgender Person übernommen wird:

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

ersatzweise

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

**In keinem Fall wünsche ich, dass folgende Person
zu meiner Betreuung bestellt wird:**

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

die Vorsorgevollmacht vom _____ (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Ich bestätige, dass der o.g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner Vorsorgevollmacht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und geschäftsfähig war.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel