

VORSORGEVOLLMACHT

Ich (Vollmachtgeber/-in)

Name

Vorname

geboren am

in

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon, Mobilnummer

E-Mail

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erteile ich hiermit Vollmacht an (Vollmachtnehmer/-in)

Name

Vorname

geboren am

in

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Wohnort

Telefon, Mobilnummer

E-Mail

Die vorgenannte Person wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch die 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 soll nur in Kraft treten, wenn die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Wenn Sie eine/n Ersatzbevollmächtigte/n bestimmen wollen, können Sie das unter Punkt 12 „Weitere Regelungen“ tun.

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 sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, nicht einwilligen oder eine erteilte Einwilligung widerrufen, auch wenn die Maßnahme bzw. das Unterbleiben oder der Abbruch einer medizinisch indizierten Maßnahme mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1829 Abs. 1 und 2 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 entscheiden, solange es zu meinem Wohl erforderlich ist

- a) über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§1831 Abs. 1 und 2 BGB)
 - b) über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§1831 Abs. 4 BGB)
 - c) über ärztliche Zwangsmaßnahmen und meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in eine Einrichtung zur Vornahme von ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§1832 Abs. 1 und §1832 Abs. 4 BGB)
-

Mir ist bekannt, dass der/die Bevollmächtigte in diesen Fällen die Genehmigung des Betreuungsgericht benötigt.

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 und kündigen.

Ja Nein

Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

Ja Nein

3 Behörden

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

Ja Nein

4 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 (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis).

Ja Nein

