

Vorsorgevollmacht

Ich
(Name des Vollmachtgebers)

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

bevollmächtigte hiermit
(Name des Bevollmächtigten)

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 Bevollmächtigten besprochen.

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

Ort, Datum	 Unterschrift
------------	--

Ersatzvollmacht

Nur für den Fall der Verhinderung von

Familiennamen: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

bevollmächtigen ich hiermit
(Name des Ersatzbevollmächtigten)

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 Ersatzbevollmächtigte die Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original vorlegen kann.

Der Bevollmächtigte hat Entscheidungsbefugnis über nachfolgende Maßnahmen:

Ort, Datum

X Unterschrift

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. ☐ ☐
- Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen nach meinem mutmaßlichen oder in einer Patientenverfügung festgelegten Willen. ☐ ☐
- Entscheidung über Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. ☐ ☐
- 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. ☐ ☐
- 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. ☐ ☐

- _____
- _____

Ort, Datum

X Unterschrift

Vermögenssorge

JA NEIN

- Entscheidung über alle laufenden finanziellen Angelegenheiten, z. B. Begleichung von Rechnungen oder Geltendmachung von Forderungen. ☐ ☐
- Entgegennahme von Vermögenswerten, z. B. Geld, Sachwerte, Wertpapiere und Schriftstücke. ☐ ☐
- Verfügung über meine Bankkonten, Depots und Safes sowie über meine sonstigen Vermögensgegenstände. ☐ ☐
- Eingehen von Verbindlichkeiten, u. a. Abschluss von Darlehens- und Kreditverträgen. ☐ ☐

- _____
- _____

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

Wohnungs- und Mietangelegenheiten

JA NEIN

- Wahrnehmung aller Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag. ☐ ☐
- Auflösung meines Haushalts und Verfügung über das Inventar. ☐ ☐
- Abschluss und Kündigung neuer Mietverträge. ☐ ☐

- _____

• Aufenthaltsbestimmung

JA NEIN

- Unterbringung in und Entlassung aus einem Pflegeheim. ☐ ☐
- Abschluss und Kündigung eines Heimvertrags. ☐ ☐

Post- und Fernmeldeverkehr

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

Behörden- und Ämtervertretung

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Vertretung meiner Person bei Behörden und Leistungsträgern,
wie z. B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen,
Beihilfestellen, Rententräger. | ☐ | ☐ |
| • _____ | | |

Sonstige Vertragsangelegenheiten

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Verwaltung (einschließlich Abschluss, Kündigung)
aller sonstigen Verträge. | ☐ | ☐ |
| • _____ | | |

Ort, Datum

 Unterschrift

Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

- Beauftragung von Rechtsanwälten zur außergerichtlichen oder gerichtlichen Klärung von Rechtsstreitigkeiten.
- Durchführung von Prozesshandlungen.
- _____

JA NEIN

☐ ☐

☐ ☐

Untervollmacht

- Erteilung von Untervollmachten an andere Personen.

JA NEIN

☐ ☐

Transmortale Vorsorgevollmacht

- Ich wünsche, dass meine Vorsorgevollmacht auch über meinen Tod hinaus gilt.

JA NEIN

☐ ☐

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

Ort, Datum

X

Unterschrift des Vollmachtgebers

Diese Vorsorgevollmacht entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

Ort, Datum

X

Unterschrift

Betreuung trotz Vorsorgevollmacht

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

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

ersatzweise

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

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

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

X

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 Stempel des Arztes/der Ärztin

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 Stempel des Arztes/der Ärztin