

VORSORGEVOLLMACHT

Ich, _____
(Name des Vollmachtgebers/in) Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

erteile hiermit Vollmacht an

(Name des/der Bevollmächtigten) Name, Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

Telefon, Telefax, E-Mail

mich zu vertreten als Vorsorgebevollmächtigte/r gemäß § 1896 Absatz 2 BGB für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. 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, § 1896 Abs. 2 BGB. Einen gerichtlich bestellten Vormund (Betreuer) lehne ich ab. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

1 . Gesundheitsorge, Pflegebedürftigkeit		
Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Absatz 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§1906 Absatz 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB), solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist sowie die o. g. Zwangsmaßnahmen ohne Unterbringung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Behörden		
Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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, namentlich	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zahlungen und Wertgegenstände annehmen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. 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 <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Vertretung vor Gericht		
Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Untervollmacht		
Sie darf Untervollmacht erteilen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Geltung über den Tod hinaus		
Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus hinsichtlich der Bereiche, in denen es sinnvoll ist, z. B. Schweigepflichtsentbindung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Betreuer		
Sollte wider Erwarten trotz dieser Vollmacht/en die Bestellung eines Betreuers durch das Gericht notwendig werden, so wünsche ich, dass die hier bevollmächtigte Person als Betreuer/in eingesetzt wird.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Weitere Bevollmächtigte 2) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Name, Vorname, Anschrift, Tel.		
3) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Name, Vorname, Anschrift, Tel.		
4) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Name, Vorname, Anschrift, Tel.		
5) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Name, Vorname, Anschrift, Tel.		
6) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Name, Vorname, Anschrift, Tel.		
7) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>		
Die Bevollmächtigten werden zur parallelen und ergänzenden Tätigkeit bevollmächtigt. Sollten sich die Anweisungen widersprechen, gelten diejenigen des Vollmachtsnehmers mit der niedrigeren Ordnungszahl.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Die Bevollmächtigten sind Reservebevollmächtigte für den Fall des Ausfalls vorangegangener Bevollmächtigter, in dieser Reihenfolge	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Die jeweilige Bevollmächtigung ist unmittelbar widerrufen, sollte die vorsorgebevollmächtigte Person von den in dieser Patientenverfügung festgelegten Anweisungen abweichen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Patientenverfügung		
Die bevollmächtigte Person ist an meine Bestimmungen der Patientenverfügung gebunden und bevollmächtigt, die dortigen Ausführungen gegenüber Dritten durchzusetzen, insbesondere gegenüber Ärzten, Krankenpflegern, Pflegekräften, Hilfskräften, Krankenhausorganisationen, sonstigen Pflegestationen oder Unterbringungen.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12. Weitere Regelungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

(Unterschrift Vollmachtgeber)