

VORSORGEVOLLMACHT

Ich,

Name, Vorname			(Vollmachtgeber/in)
Geburtsdatum	Geburtsort		
Adresse			
Telefon	Telefax	E-Mail	

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname			(bevollmächtigte Person)
Geburtsdatum	Geburtsort		
Adresse			
Telefon	Telefax	E-Mail	

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. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

Von der Vorsorgevollmacht soll die/der Bevollmächtigte nur dann Gebrauch machen, wenn ich durch Alter oder Krankheit daran gehindert bin, für mich selbst zu sorgen. Diese Bestimmung ist jedoch nicht als Beschränkung der Vollmacht gegenüber Dritten zu verstehen, sondern lediglich als Anweisung der/des Vollmachtgeberin / Vollmachtgebers an die/den Bevollmächtigte/n, die nur im Innenverhältnis gilt; im Außenverhältnis gegenüber Dritten und Behörden ist diese Vollmacht unbeschränkt.

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 eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff 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 (§ 1829 Abs. 1 und 2 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB -) ☐ 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. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten einschließlich Behörden u. Ä. entbinden. ☐ Ja ☐ Nein
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Abs. 1 BGB) ☐ Ja ☐ Nein
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. Ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) ☐ Ja ☐ Nein
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Abs. 1 BGB) ☐ Ja ☐ Nein
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Abs. 4 BGB) ☐ Ja ☐ Neinentscheiden.

-	
-	
-	

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

-	

3. Behörden

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern sowie sonstigen Stellen vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

-	
-	

5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr entscheiden einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

☐ Ja ☐ Nein

6. Vertretung vor Gericht

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

☐ Ja ☐ Nein

7. Untervollmacht

- Sie darf

☐ in einzelnen Angelegenheiten☐ insgesamt

Untervollmacht erteilen.

☐ Ja ☐ Nein

8. Betreuungsverfügung

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

☐ Ja ☐ Nein

9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ Ja ☐ Nein

10. Weitere Regelungen

–

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers