



<b>Vorsorgevollmacht</b>	Letzte Änderung: 09.11.04
--------------------------	------------------------------

**Sollte ich (Vollmachtgeber/in)**

.....  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

**bei körperlichen oder geistigen Gebrechen (zeitweise oder dauerhaft) nicht mehr in der Lage sein, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, bevollmächtige ich gemäß § 1896 Abs. 2, Satz 2 BGB:**

**(bevollmächtigte Person)**

.....  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

.....  
(Adresse, Telefon, Telefax)

**Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden. Erst mit dieser Feststellung tritt die Vorsorgevollmacht in Kraft.**

**Die Vollmacht berechtigt und verpflichtet die behandelnden Ärzte, meinen Bevollmächtigten über meine Erkrankung und meinen Zustand aufzuklären, um ihm seine Entscheidung im gesundheitlichen Bereich zu ermöglichen. Die behandelnden Ärzte sind zu diesem Zweck von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden**

**Die bevollmächtigte Person soll mich in allen Angelegenheiten über meinen Tod hinaus zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Eine vom Gericht angeordnete Betreuung soll vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.**

**Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit**

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder  Ja  Nein

(teil-)stationären Pflege einschließlich Operationen und medikamentösen Behandlungen.

Sie ist befugt, meinen in der Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.  Ja  Nein

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen  Ja  Nein

Für lebensgefährliche Heileingriffe und die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen bedarf der Bevollmächtigte der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung (§ 1904 Abs. 1 BGB). erteilen  Ja  Nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meinem Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.  Ja  Nein

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.  Ja  Nein

die Entscheidung über eine Obduktion zur Befundklärung  Ja  Nein

die Entscheidung über eine Organspende mit Ausnahme folgender Organe:  Ja  Nein

Weitere Vollmachten:  Ja  Nein

.....  
Ort, den

.....  
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

### **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  
 Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen oder zur Pflege zu Hause abzuschließen oder aufzulösen  Ja  Nein  
 weitere Vollmachten  Ja  Nein

.....  
 Ort, den

.....  
 Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

**Behörden**

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten, insbesondere Anträge auf Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie Sozialhilfe stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtsweg verfolgen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Vollmachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

.....  
 Ort, den

.....  
 Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

**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,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zahlungen und Wertgegenstände annehmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verbindlichkeiten eingehen,	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Willenserklärungen bezüglich Konten, Depots und Safes abgeben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten und von den auf meinem Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abheben oder Überweisungen vornehmen, um einen Krankenhausaufenthalt oder den Aufenthalt in einem Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

einschließlich der durch Versicherung nicht gedeckten Arztkosten und sonstige laufende Unkosten zu bezahlen (gesonderte Bankvollmacht ausstellen!)	
Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (Gelegenheits- oder Anstandsgeschenke, die meinem vermuteten Wunsch entsprechen).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

**Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:**

.....  
Ort, den

.....  
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

(Achtung: Kreditinstitute verlangen in der Regel eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Vgl. hierzu bitte den Hinweis auf Seite 17 der Broschüre. Für Immobiliengeschäfte sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

#### **Post und Fernmeldeverkehr**

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen  Ja  
sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hier-  Nein  
mit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsab-  
schlüsse, Kündigungen) abgeben.

#### **Vertretung vor Gericht**

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Pro-  Ja  
zesshandlungen aller Art vornehmen.  Nein

#### **Untervollmacht**

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.  Ja  
 Nein

#### **Betreuungsverfügung**

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Be-  Ja  
treuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrau-  Nein  
ensperson als Betreuer zu bestellen.

#### **weitere Regelungen**

Den Widerruf dieser Vollmacht behalte ich mir jederzeit vor. Ich werde sie in regel-  
mäßigen Abständen überprüfen, ggf. anpassen.

.....  
Ort, den

.....  
Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

Ich habe die Vorsorgevollmacht zur Kenntnis genommen, akzeptiere diese in vollem Umfang und bin bereit, mich an den geäußerten Wünschen, Werten und Verfügungen bei einer Entscheidung zu orientieren. Sollten trotz der Beschreibungen Zweifel am mutmaßlichen Patientenwillen aufkommen, verpflichte ich mich, mich mit jenen Personen zu beraten, die meiner Einschätzung nach zur Klärung des mutmaßlichen Patientenwillens beitragen können oder das Vormundschaftsgericht zu Klärung anzurufen..

.....  
Ort, den

.....  
Unterschrift der bevollmächtigten Person

**Beglaubigungsvermerk:**

Ich / wir bestätige(n), dass

die Vorsorgevollmacht im Vollbesitz ihrer / seiner geistigen Kräfte und freiwillig sowie in meiner Gegenwart unterschrieben hat. Die Tragweite dieser Vollmacht ist ihr / ihm bewusst

.....  
Ort, den

.....  
Unterschrift der beglaubigenden Person

**Bekräftigung der Vollmacht**

Ich habe den Inhalt meiner Vorsorgevollmacht erneut überprüft und bestätige meinen darin geäußerten Willen.

.....  
Ort, den

.....  
Unterschrift des Vollmachtgebers

Ich / wir bestätige(n), dass

die Vorsorgevollmacht im Vollbesitz ihrer / seiner geistigen Kräfte und freiwillig sowie in meiner Gegenwart unterschrieben hat. Die Tragweite dieser Vollmacht ist ihr / ihm bewusst.

.....  
Ort, den

.....  
Unterschrift der beglaubigenden Person