

Vorsorgevollmacht

Ich,
(Name des Vollmachtgebers)

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse: _____

bevollmächtige hiermit
(Name des Bevollmächtigten)

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

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.

Ort, Datum

Unterschrift

Ersatzvollmacht

Ich,
(Name des Vollmachtgebers)

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

bevollmächtige hiermit
(Name des Ersatzbevollmächtigten)

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

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. Sie ermöglicht dem Ersatzbevollmächtigten mich ohne Eintritt einer Bedingung jederzeit an Stelle meines Hauptbevollmächtigten (Vor- und Familienname: _____) zu vertreten. Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Ersatzbevollmächtigten besprochen.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Bevollmächtigte hat Entscheidungsbefugnis über nachfolgende Maßnahmen:

Gesundheitspflege/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. JA NEIN
- Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen nach meinem mutmaßlichen oder in einer Patientenverfügung festgelegten Willen. JA NEIN
- Entscheidung über Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. JA NEIN
- Entscheidung über meine Unterbringung, auch mit freiheitsentziehender Wirkung, und über freiheitsentziehende Maßnahmen in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung, solange dies erforderlich ist. JA NEIN
- 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. JA NEIN

- _____
- _____
- _____

Vermögenssorge**JA NEIN**

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

- _____
- _____

Folgende Geschäfte sollen **nicht** wahrgenommen werden:

- _____
- _____

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

Wohnungs- und Mietangelegenheiten**JA NEIN**

- Wahrnehmung aller Rechte und Pflichten aus Wohnungsmietverträgen.
- 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 Vertrags über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen.
- _____

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.
- _____

Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

JA NEIN

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

Untervollmacht

JA NEIN

- Erteilung von Untervollmachten an andere Personen.

Transmortale Vorsorgevollmacht

JA NEIN

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

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Diese Vorsorgevollmacht entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

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 und -ort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

ersatzweise

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

In keinem Fall wünsche ich, dass folgende Person für meine Betreuung bestellt wird:

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse: _____

die Vorsorgevollmacht vom _____ (Datum) selbst verfasst hat und geschäftsfähig ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Ich bestätige, dass der o. g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner Vorsorgevollmacht geschäftsfähig war.

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel