

Vorsorgevollmacht

Angaben

Vollmachtgeber/in: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Bevollmächtigte Person: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

- 1 -

1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

☐ **Ja** ☐ **Nein** Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge 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 sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 und 2 BGB)

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

☐ Ja ☐ Nein Sie darf Einsicht in Krankenunterlagen nehmen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen und privatärztlichen Verrechnungsstellen gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

☐ Ja ☐ Nein Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§1832 Abs. 1 BGB) und über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich ist.

Diese Entscheidung ist über das Betreuungsgericht genehmigen zu lassen.

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

☐ Ja ☐ Nein Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen sowie An- und Abmeldung bei der Meldebehörde vornehmen.

☐ Ja ☐ Nein Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen.

☐ Ja ☐ Nein Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag sowie einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen oder kündigen.

Sonstiges _____

3. Behörden

☐ Ja ☐ Nein Sie darf mich gegenüber Behörden, Versicherungen sowie Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten

Sonstiges _____

4. Vermögenssorge

☐ Ja ☐ Nein 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 ☐ Nein über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**bitte Hinweis beachten**)

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

☐ Ja ☐ Nein Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

☐ Ja ☐ Nein Verbindlichkeiten eingehen (gesetzliche Formvorschriften beachten)

☐ Ja ☐ Nein Konten, Depots und Schließfächer verwalten

☐ Ja ☐ Nein Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (Hinweis beachten).

☐ Ja ☐ Nein Schenkungen im dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

Sonstiges _____

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen:

Hinweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto/Depotvollmacht zurückgreifen. Die Konto/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens (z.B. öffentliche Beglaubigung durch die Betreuungsbehörde).

- 3 -

5. Post, Telekommunikation und digitale Medien

☐ Ja ☐ Nein Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

☐ Ja ☐ Nein Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z. B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

6. Vertretung vor Gericht

☐ Ja ☐ Nein Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

7. Untervollmacht

☐ Ja ☐ Nein Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

8. Geltung über den Tod hinaus

☐ Ja ☐ Nein Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt (Grundbuchangelegenheiten sind hiervon ausgenommen). Die Wirkung der öffentlichen Beglaubigung durch die Betreuungsbehörde endet mit dem Tod des Vollmachtgebers.

9. Regelung der Bestattung

☐ Ja ☐ Nein Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

10. Betreuungsverfügung

- 4 -

☐ Ja ☐ Nein Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden sollte, soll die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer bestellt werden.

11. Weitere Regelungen

Unterschriften

Ort, Datum: _____

Unterschrift VollmachtgeberIn: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift bevollmächtigte Person: _____

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

Freiwillige ärztliche Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr _____

zum Zeitpunkt der Unterzeichnung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Fähigkeiten ist.

Krankheitsbedingte Einschränkungen der Geschäftsfähigkeit liegen **nicht** vor.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Ärztin/Arzt

Hinweise

Die vorgesehenen Ankreuzmöglichkeiten und die Leerzeilen sollen Ihnen eine individuelle Gestaltung der Vollmacht nach Ihren Bedürfnissen ermöglichen. Dies bedingt aber auch, dass **Sie sich jeweils für „Ja“ oder „Nein“ entscheiden**. Lassen Sie etwa eine Zeile unangekreuzt oder füllen versehentlich beide Kästchen aus, ist die Vollmacht in diesem Punkt unvollständig bzw. widersprüchlich und ungültig. Wenn Sie die Vollmacht nicht beglaubigen lassen wollen, sollten Sie jede Seite mit Ihrer Unterschrift versehen. Wollen Sie in die vorgesehenen Leerzeilen nichts eintragen, so sollten Sie mit Füllstrichen den möglichen Vorwurf nachträglicher Veränderung entkräften. Bitte verwenden Sie Sorgfalt für das Ausfüllen!

Die Unterschrift des Bevollmächtigten ist keine Wirksamkeitsvoraussetzung der Vollmacht. Die dafür vorgesehene Zeile soll Sie nur daran erinnern, dass die frühzeitige Einbindung Ihrer Vertrauensperson höchst sinnvoll ist.

Die Vorsorgevollmacht kann auch von Privatpersonen im zentralen Register der Bundesnotarkammer registriert werden.