

Vollmacht

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum

(Vollmachtgeber/in)

Adresse

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

Name, Vorname, Geburtsdatum

(bevollmächtigte Person)

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.

1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

- ❖ 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). ja nein

Bei Uneinigkeit zwischen behandelndem Arzt und Bevollmächtigtem ist eine Entscheidung bzgl. einer Maßnahme, die mit Lebensgefahr oder schwerwiegenden gesundheitlichen Schäden verbunden ist, durch das Betreuungsgericht genehmigen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin /des Vollmachtgebers

❖ 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 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. ja nein

Diese Entscheidung ist über das Betreuungsgericht genehmigen zu lassen.

❖

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 nein

❖ Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen oder kündigen. ja nein

❖ Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals Heimvertrag) abschließen oder kündigen. ja nein

❖

3. Behörden

❖ Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin /des Vollmachtgebers

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 nein
- ❖ über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis) ja nein
- ❖ Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja nein
- ❖ Verbindlichkeiten eingehen ja nein
- ❖ Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis). ja nein
- ❖ Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. ja nein
- ❖ _____
- ❖ Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

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)

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 nein
- ❖ Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet) zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte bei- behalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin /des Vollmachtgebers

6. Vertretung vor Gericht

- ❖ Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozess-Handlungen aller Art vornehmen. ja nein

7. Untervollmacht

- ❖ Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. ja nein

8. Geltung über den Tod hinaus

- ❖ Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus (Grundbuchangelegenheiten sind hiervon ausgenommen). ja nein
Die Wirkung der öffentlichen Beglaubigung durch die Betreuungsbehörde endet mit dem Tod des Vollmachtgebers

9. Betreuungsverfügung

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

10. Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Erklärung des Hausarztes/der Hausärztin (freiwillig):

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 des Arztes/der Ärztin

Bitte beachten Sie:

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.