

VORSORGEVOLLMACHT

Ich (vollmachtgebende Person),

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)	
Telefon	
Geburtsort	Geburtsdatum

erteile hiermit

- ☐ gleichberechtigt bzw. unabhängig voneinander
- ☐ im Falle der Verhinderung des erstgenannten Bevollmächtigten
- ☐ nur gemeinsam

Vollmacht an (1. Vollmachtnehmende Person)

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)	
Telefon	
Geburtsort	Geburtsdatum

und (2. vollmachtnehmende Person)

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)	
Telefon	
Geburtsort	Geburtsdatum

und (3. vollmachtnehmende Person)

Name, Vorname	
Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)	
Telefon	
Geburtsort	Geburtsdatum

☐ weitere Bevollmächtigte (siehe Punkt 11)

Diese Vertrauensperson/en wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachterteilung 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/en die Vollmachtsurkunde besitzt/besitzen und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Sie darf/dürfen 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/dürfen 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 und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 und 2 BGB).

☐ JA ☐ NEIN

Sie darf/dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson/en von der Schweigepflicht. Diese darf/dürfen ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

☐ JA ☐ NEIN

Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf/dürfen 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 ☐ NEIN

entscheiden.

Weitere Verfügungen:

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf/dürfen meinen Aufenthalt bestimmen. ☐ JA ☐ NEIN

Sie darf/dürfen Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ☐ JA ☐ NEIN

Sie darf/dürfen einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ☐ JA ☐ NEIN

Sie darf/dürfen einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals Heimvertrag) abschließen und kündigen. ☐ JA ☐ NEIN

Weitere Verfügungen:

3. Behörden

Sie darf/dürfen mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. ☐ JA ☐ NEIN

Weitere Verfügungen

4. Post- und Fernmeldeverkehr

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

5. Vertretung vor Gericht

Sie darf/dürfen mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. ☐ JA ☐ NEIN

6. Vermögenssorge

Sie darf/dürfen 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 (Hinweis 1 beachten)

☐ JA ☐ NEIN

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen

☐ JA ☐ NEIN

- Verbindlichkeiten eingehen (Hinweis 1 beachten)

☐ JA ☐ NEIN

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (Hinweis 2 beachten)

☐ JA ☐ NEIN

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen). (Hinweis 2 beachten)

☐ JA ☐ NEIN

Weitere Verfügungen

Folgende Geschäfte soll/sollen sie **nicht** wahrnehmen können

Hinweise:

- 1) Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.
- 2) Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/ Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachterteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/ Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/ Sparkasse sicher eine Lösung finden.

7. Digitale Vollmacht

In dem Falle, dass ich nicht mehr selbst über meinen digitalen Datenbestand verfügen kann, soll/sollen meine bevollmächtigte Vertrauensperson/en über meine Accounts und Daten (z.B. E-Mail-Dienste, Soziale Netzwerke, Messenger, Cloud-Dienste, Shopping-Konten, Streaming Abos) bestimmen.

☐ JA ☐ NEIN

8. Untervollmacht

Sie darf/dürfen in Angelegenheiten der folgenden Punkte eine Untervollmacht erteilen.

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit | ☐ JA | ☐ NEIN |
| 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten | ☐ JA | ☐ NEIN |
| 3. Behörden | ☐ JA | ☐ NEIN |
| 4. Post- und Fernmeldeverkehr | ☐ JA | ☐ NEIN |
| 5. Vertretung vor Gericht | ☐ JA | ☐ NEIN |
| 6. Vermögenssorge | ☐ JA | ☐ NEIN |
| 7. Digitale Konten | ☐ JA | ☐ NEIN |

An diese Person/en soll keine Untervollmacht erteilt werden:

9. Betreuungsverfügung

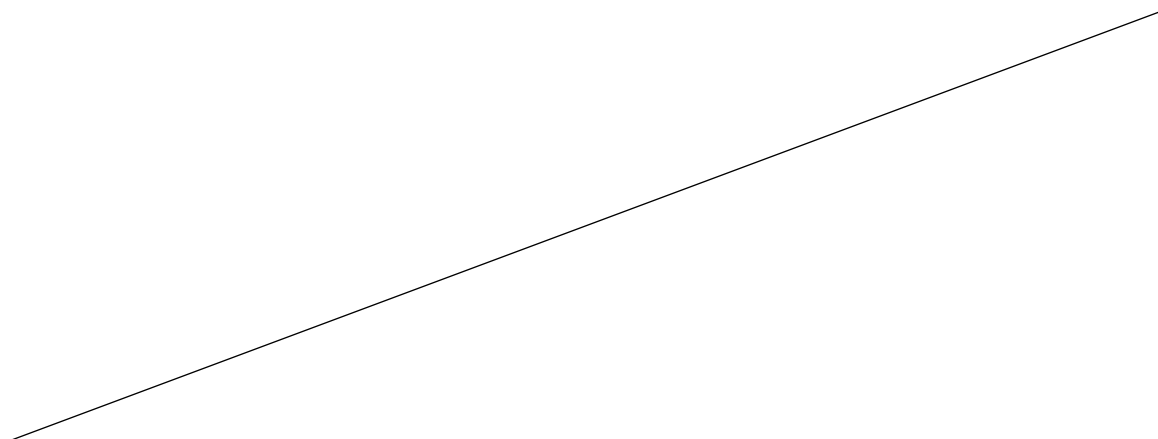
Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete/n Vertrauensperson/en als Betreuer zu bestellen.

☐ JA ☐ NEIN

10. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

☐ JA ☐ NEIN



11. Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift vollmachtgebende Person

Ort, Datum

Unterschrift 1. vollmachtnehmende Person

Ort, Datum

Unterschrift 2. vollmachtnehmende Person

Ort, Datum

Unterschrift 3. vollmachtnehmende Person

