

# VORSORGEVOLLMACHT

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

erteile hiermit Vollmacht an

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon)

**ersatzweise / oder: Die Vollmachtnehmer handeln gleichberechtigt, mit jeweils alleiniger Entscheidungsbefugnis** (nicht zutreffendes streichen)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon)

**Diese Vertrauensperson(en) wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe.**

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Ja  Nein

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil(-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.
- Die Vollmacht umfasst auch die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, die lebensverlängernd oder lebenserhaltend wirken, auch dann, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterben sollte oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte.
- Der Bevollmächtigte darf auch dann in eine erforderliche ärztliche Maßnahme einwilligen, wenn sie dem natürlichen Willen des Vollmachtgebers widerspricht, sofern die Voraussetzungen des § 1906 Abs. 3 BGB vorliegen. Dies ist der Fall, wenn ich auf Grund einer psychischen Krankheit, einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann, und die Maßnahme im Rahmen einer Unterbringung zu meinem Wohl erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden. Dieser Schaden darf nicht durch andere, mir zumutbare Maßnahmen abgewendet werden können und der zu erwartenden Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen.
- 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) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906 a BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

- 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.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Ja  Nein

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Post und Fernmeldeverkehr

Ja  Nein

- 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.

Behörden

Ja  Nein

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

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
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
- die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung wahrnehmen
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- Verbindlichkeiten eingehen, insbesondere Darlehens- und sonstige Kreditverträge abschließen
- mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.

Geltung über den Tod hinaus

Ja  Nein

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben gilt.

Betreuungsverfügung

Ja  Nein

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

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vollmachtgeber)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vollmachtnehmer)