

VORSORGEVOLLMACHT

Ich, (Vollmachtgeber/in)

Name

Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Strasse

PLZ, Ort

Telefon, Telefax

E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an (bevollmächtigte Person)

Name

Vorname

Geburtsdatum, Geburtsort

Strasse

PLZ, Ort

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. GESUNDHEITSSORGE / PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge 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 zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahme widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 und 2 BGB)). JA NEIN

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

- Solange es erforderlich ist, darf sie
 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 BGB) JA NEIN
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) JA NEIN
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Abs. 1 und 5 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. JA NEIN

- ---

 JA NEIN

- ---

 JA NEIN

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 und kündigen. JA NEIN

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen) abschließen und kündigen. JA NEIN

- ---

 JA NEIN

- ---

 JA NEIN

3. BEHÖRDEN

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

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, JA NEIN
namentlich
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen 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
 - _____ JA NEIN
 - Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können: JA NEIN
 - _____
 - _____

5. POST UND FERNMELDEVERKEHR

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

6. VERTRETUNG VOR GERICHT

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. JA NEIN

7. DIGITALE MEDIEN

- 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. JA NEIN

8. UNTERVOLLMACHT

- Sie darf Untervollmacht erteilen. JA NEIN

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. GELTUNGSDAUER DER VOLLMACHT

- Diese Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus. JA NEIN

11. WEITERE REGELUNGEN

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers

Beglaubigungsvermerk