

Haftungsausschluss

Stand: 01.01.2020

Im Folgenden handelt es sich um ein Musterdokument.

Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Beachten Sie, dass sich gesetzliche Regelungen jederzeit ändern können. Zudem muss das Dokument individuell angepasst werden. Eine juristische Beratung ist hierdurch nicht ersetzt.



Vorsorgevollmacht

Ich, der Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

Straße, Hausnr.	PLZ, Wohnort	Telefon, Mail
-----------------	--------------	---------------

erteile hiermit die Vorsorgevollmacht an folgende bevollmächtigte Person oder Personen:

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

Straße, Hausnr.	PLZ, Wohnort	Telefon, Mail
-----------------	--------------	---------------

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

Straße, Hausnr.	PLZ, Wohnort	Telefon, Mail
-----------------	--------------	---------------

Wenn die vorher genannte Person/Personen verhindert sind, bestimme ich folgende Person:

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
---------	----------	--------------

Straße, Hausnr.	PLZ, Wohnort	Telefon, Mail
-----------------	--------------	---------------

Die eingetragene/n Person/en wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder zusätzlich angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt somit in Kraft, wenn ich in Zukunft geschäftsunfähig werden sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person/Personen die Vollmachtsurkunde besitzt/besitzen und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

1. Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">Sie darf 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 (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">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. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sie darf über folgende Punkte entscheiden:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none">meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sie darf einen Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen (früher: Heimvertrag) abschließen und kündigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

3. Vertretung vor Behörden

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Meine Einwilligung hinsichtlich des Datenschutzes liegt damit vor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

4. Vermögenssorge

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen dürfen:

- _____
- _____

Hinweis:

- Um etwaige Unannehmlichkeiten zu umgehen, nutzen Sie die bankeigenen Vollmachten für ihre Finanzgeschäfte.

5. Post und Fernmeldeverkehr

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Sie darf die für mich bestimmte in elektronischer und gedruckter Form vorliegende Post entgegennehmen, öffnen, lesen und beantworten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sie darf in meinem Namen Kündigungen aussprechen und Verträge abschließen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

6. Digitale Medien

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Sie darf von jedem Medium aus (z.B. Laptop, Tablet, Smartphone) auf meine Daten im Internet zugreifen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sie darf entscheiden ob und welche Daten gelöscht, geändert oder beibehalten werden. Meine Einwilligung hinsichtlich des Datenschutzes liegt damit vor. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____

- _____

7. Vertretung vor Gericht

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Sie darf mich vor Gericht vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

8. Untervollmacht

- | | Ja | Nein |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Sie darf Untervollmacht erteilen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

9. 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

10. Totensorge und Bestattung

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Sie ist dazu berechtigt meine Bestattung nach meinen Wünschen zu regeln. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Die Vollmacht geht über den Tod hinaus. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für zusätzliche Punkte:

- _____
- _____
- _____

11. Raum für individuelle Regelungen

- _____

- _____

Weitere Vorsorgeverfügungen

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| • Ich besitze eine Vorsorgevollmacht.
Bevollmächtigte Person: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ich besitze eine Betreuungsverfügung.
Betreuende Person: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in meiner Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte. Den Text habe ich auf eigene Verantwortung erstellt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Zusätzliche Freiwillige Angabe:

Bestätigung des Bevollmächtigten

Ich bestätige hiermit, dass ich bereit bin die Vollmacht zu übernehmen und mich an die im Vorfeld genannten Punkte zu halten.

Ort, Datum

Unterschrift