

Vollmacht

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum Vollmachtgeber/in

Adresse

Telefon, Handy, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an:

Name, Vorname, Geburtsdatum (bevollmächtigte Person)

Adresse

Telefon, Handy, E-Mail

ersatzweise an

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse

Telefon, Handy, E-Mail

Diese Vertrauensperson/en, der/denen gegenüber ich meinen Willen erklärt habe (§§ 167, 130 Abs. 1 BGB), wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist, gerichtlich und außergerichtlich im In- und Ausland, soweit dort möglich, zu vertreten, die ich im Folgenden mit „JA“ angekreuzt oder gesondert 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 werde.

Der Nachweis, dass der Ersatzbevollmächtigte handlungsberechtigt ist, muss nicht geführt werden. Die **Vollmacht** ist nur **wirksam**, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei der Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde **im Original** vorlegen kann.

Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

- Sie darf 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 Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. JA NEIN
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB). JA NEIN
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. JA NEIN
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
 - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 BGB) JA NEIN
 - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) JA NEIN
 - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Abs.1 BGB) JA NEIN
 - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Abs. 4 BGB) JA NEINentscheiden.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. JA NEIN
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. JA NEIN
- Sie darf meinen Haushalt auflösen. JA NEIN
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. JA NEIN
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. JA NEIN

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz („Heimvertrag“) abschließen und kündigen. JA NEIN

▪

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, 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. JA NEIN

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. JA NEIN

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

.....

.....

Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für E-Mails, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. JA NEIN

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, 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

Vertretung gegenüber Dritten / Jedermann und Behörden

- Sie darf mich gegenüber Privat- und Geschäftspersonen, gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. JA NEIN

Vertretung vor Gericht

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

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. JA NEIN

Geltung über den Tod hinaus

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

Betreuungsverfügung

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

Weitere Regelungen

▪

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Beglaubigungsvermerk: