

Vorsorgevollmacht

In vollem Bewusstsein über die Tragweite und Auswirkungen dieser Vollmacht ohne Zwang und aus freiem Willen verfüge ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

nachfolgende Vorsorgevollmacht. Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln bevollmächtige ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

mich in folgenden Angelegenheiten zu vertreten:

Gesundheitsvorsorge

- Diese Vollmacht berechtigt zu meiner Vertretung in Fragen der medizinischen Versorgung und Behandlung. Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und die Einzelheiten zu erfragen. Ärzte und Pflegepersonal sind insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden. Im Falle eines Klinikaufenthaltes wünsche ich, dass mein(e) Bevollmächtigte(r) jederzeit Zugang zu mir hat.
- Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, in meinem Namen in medizinische Heilbehandlungen einzuwilligen oder die Einwilligung zu verweigern sowie Behandlungsverträge abzuschließen, zu kündigen oder deren Abschluss zu verweigern. Dies gilt, wenn ich aufgrund meines gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage sein sollte, Folgen und Tragweite von Behandlungen zu erkennen und meinen Willen danach zu bestimmen. Die Ermächtigung gilt auch für Behandlungen, die eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes gem. § 1904 BGB voraussetzen.
- Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, meinen Aufenthalt zu bestimmen und über freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen gem. § 1906 BGB, Abs. 4 (z. B. Bettgitter, Bauchgurt, Medikamente), die sich gegen meine Person richten, zu entscheiden, falls ich aufgrund meines gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage sein sollte, selbst wirksam in die Freiheitsentziehung einzuwilligen.

Vermögenssorge

- Diese Vollmacht berechtigt, mich in allen persönlichen und Vermögens-, Steuer-, Renten-, Sozial- und sonstigen Rechtsangelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Mitarbeiter von Gerichten, Behörden, Banken und Versicherungen sind meinem/r Bevollmächtigten gegenüber von etwaigen Schweigepflichten befreit.
- Die Vollmacht berechtigt zur Verwaltung meiner Einkünfte und meines Vermögens, zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zum Abschluss von Heimverträgen, zur Erteilung von Pflegeaufträgen, zur Auflösung des Mietverhältnisses meiner Wohnung, zur Beantragung und Entgegennahme von Renten und anderen Sozialleistungen, zu geschäftsähnlichen Handlungen und zu allen Verfahrenshandlungen sowie zur Entgegennahme von Post.

Betreuungsverfügung

- Diese Vollmacht soll eine Betreuung gemäß §§ 1896 ff. BGB ausschließen. Sollte dennoch eine Betreuung notwendig werden, so soll die/der Bevollmächtigte zum Betreuer bestellt werden.
- Falls das Vormundschaftsgericht zur Kontrolle der/des Bevollmächtigten einen Betreuer gem. § 1896 Abs. 3 BGB bestellen will, so soll zum Betreuer für diese Aufgabe

Name, Vorname, Anschrift

bestellt werden.

Diese Vorsorgevollmacht tritt in Kraft:

- wenn meine Geschäftsunfähigkeit, oder wenn ernsthafte Zweifel an meiner Geschäftsfähigkeit durch ein fachärztliches Zeugnis festgestellt werden.
- wenn meine Einwilligungsunfähigkeit in persönlichen Angelegenheiten durch ein fachärztliches Zeugnis festgestellt wird.

Die Vollmacht gilt nur, wenn die/der Bevollmächtigte das Originaldokument vorlegen kann. Ich behalte mir das Recht vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Die Vollmacht und das zugrunde liegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte oder wenn ich nicht mehr lebe. Sollten einzelne Teile der Vollmacht unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der restlichen Teile ändern.

Sonstige Verfügungen, incl. Ausschlüsse von der Vertretung durch die/den Bevollmächtigte(n) (evtl. Beiblatt beifügen):

Bitte Hinweise auf der Rückseite unbedingt beachten.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin

Beglaubigungsvermerk eines Notars/einer sonstigen Urkundsperson:

Die eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin wird beglaubigt.

Siegel

Unterschrift

Hinweise zur Vorsorgevollmacht

Diese Vorsorgevollmacht ist so formuliert, dass sie möglichst viele Entscheidungen umfasst, die für eine Person zu treffen sind. Die/der Bevollmächtigte ist also befugt weitreichende, einschneidende Entscheidungen zu treffen. Legen Sie daher Ihre Vorsorgeregungen ganz nach Ihren persönlichen Wünschen fest. Aus dem umseitigen Formular kann keine Vollständigkeit abgeleitet werden. Es ist jederzeit möglich, die Vollmacht auf bestimmte Aufgaben zu begrenzen oder zusätzliche Regelungen aufzunehmen.

Diese Vollmacht kann und soll eine Betreuung ersetzen. Sie sollten bedenken, dass im Gegensatz zur Betreuung die von Ihnen bevollmächtigte Person mit wenigen Ausnahmen (z. B. Unterbringung) nicht vom Vormundschaftsgericht kontrolliert wird. Sie sollten daher eine Vollmacht nur an eine vollgeschäftsfähige Person erteilen, die Ihr uneingeschränktes Vertrauen genießt. Es wird daher empfohlen, die Vollmacht in größeren Zeitabständen zu überprüfen und gegebenenfalls abzuändern bzw. neuen Situationen anzupassen.

Diese Vollmacht berechtigt nicht zur Vornahme von Grundstücksgeschäften oder anderen Geschäften, für die eine notarielle Beurkundung vorgeschrieben ist.

Soll der Bevollmächtigte auch solche Geschäfte vornehmen dürfen, muss die Vollmacht notariell beurkundet werden.

Bewahren Sie Ihre Vollmacht an einem sicheren Ort so auf, dass sie im Bedarfsfall auch auffindbar ist.

Sollte die Vollmacht auch als Betreuungsverfügung anzusehen sein, so können Sie in diesem Fall eine Ausfertigung des Dokumentes auch beim zuständigen Amtsgericht hinterlegen.

Bestimmungen zur sogenannten „Patientenverfügung“ können in die Vorsorgevollmacht aufgenommen werden. Regelungen, welche die Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen beinhalten, müssen Ihren Willen klar und eindeutig zum Ausdruck bringen. Das Patiententestament beinhaltet Ihren Willen für den Fall, dass Sie sich nicht mehr äußern können. Es richtet sich an die Ärzte und ist ein **gewichtiges Indiz** für den **mutmaßlichen Willen** des Betroffenen bezüglich der Behandlung, Behandlungsbegrenzung und Pflege bei schwersten und aussichtslosen Erkrankungen (z. B. bei nicht umkehrbarer Bewusstlosigkeit, schwerer Dauerschädigung des Gehirns, einer mit Sicherheit zum Tode führenden Krankheit).