



Vorsorgevollmacht

Vollmachtgeber

Vorname / Name:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Wohnort, Straße:

Umfang der Vollmacht

Sollte ich aufgrund körperlicher oder geistiger Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen können, so bevollmächtige ich hiermit gemäß §§1869 II 2, 185, 164 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die nachstehend genannten Personen meines besonderen Vertrauens als meine rechtsgeschäftlich bestellten Vertreter für Entscheidungen im Rahmen der nachstehenden Verfügung.

Bevollmächtigte

(Hauptbevollmächtigter, Name, Geb. Datum, Adresse)	(Datum, Unterschrift)
(Ersatzbevollmächtigter, Name, Geb. Datum, Adresse)	(Datum, Unterschrift)

Ich wünsche, dass Herr / Frau _____

hauptbevollmächtigt ist.

Herr / Frau _____ ist ersatzbevollmächtigt und wird nur dann

tätig, wenn Herr / Frau _____ nicht handeln kann, außer die beiden

Bevollmächtigten vereinbaren etwas anderes.

Falls die Genannten die Aufgabe nicht übernehmen (können), sollen sie aus dem Verwandten- oder Freundeskreis einen Ersatz benennen.

Alle hauptberuflichen Betreuer lehne ich grundsätzlich ab.

(Ersatz) (Name, Geb. Datum, Adresse, Tel.)

(Datum, Unterschrift)

Meine Verfügungen:

1. Diese Vollmacht dient für meine Vertretung in vermögensrechtlichen Angelegenheiten. Die Bevollmächtigten sollen befugt sein, jede Rechtshandlung, die ich selbst vornehmen oder die ein Stellvertreter gesetzlich für mich vornehmen könnte, für mich und mit derselben Wirkung vorzunehmen, wie wenn ich sie selbst vorgenommen hätte. Die Bevollmächtigten sind namentlich befugt:

- alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte in meinem Namen vorzunehmen;
- meine Post entgegenzunehmen und zu öffnen;
- mich bei allen Behörden zu vertreten;
- von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken und Sparkassen Geldbeträge abzuheben und Überweisungen vorzunehmen, um einen Krankenhausaufenthalt oder den Aufenthalt in einem Pflegeheim, einschließlich der durch die Versicherungen nicht gedeckten Arztkosten, sowie den laufenden Mietzins für meine Wohnung oder sonstige laufende Kosten zu bezahlen;
- zur Beibehaltung meines bisherigen Lebensstandards die dazu notwendigen Kosten aus meinem Vermögen zu decken;
- Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken oder Pflegeheimen abzuschließen,
- im Falle einer dauernden Unterbringung, meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern;
- Geld für mich anzunehmen und darüber gültig zu quittieren;
- Anträge auf Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie auf Sozialhilfe zu stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtsweg zu verfolgen.

- die Vorsorgevollmacht gilt ebenso für alle digitalen Rechtshandlungen wie E-Mail-Konten abrufen, online Geschäfte tätigen, Onlinedienste oder Onlinekonten kündigen.

2. Die Bevollmächtigten kennen meine Einstellung zu Fragen lebensverlängernder Maßnahmen am Lebensende bzw. den Inhalt meiner Patientenverfügung. Sie haben eingewilligt und sind durch mich verpflichtet, Entscheidungen für mich und an meiner Stelle für den Fall meiner Entscheidungs-unfähigkeit in meinem Sinne zu treffen und auszuführen. Dabei ist die Zuständigkeit des Vormund-schaftsgerichtes gemäß §1904 Abs. 1 S. 1 BGB zu beachten. Über die in meiner Patientenverfügung genannten Wünsche und Verfügungen hinaus umfasst die Vollmacht insbesondere folgende Inhalte:

- die Aufenthaltsbestimmung, vor allem die Entscheidung über Einlieferung in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer geschlossenen Anstalt;
- die Einwilligung in freiheitsentziehende oder unterbringungsähnliche, ins besonders den in §1906

Abs. 1-4 BGB genannten Maßnahmen, wie z.B. das Anbringen von Bettgittern, das Fixieren mit einem Gurt oder anderen mechanischen Vorrichtungen, wenn sie nicht nur der Beherrschung einer

akuten Situation dienen, sondern über einen längeren Zeitraum durchgeführt werden sollen;

- die Zustimmung oder Ablehnung von ärztlichen Verordnungen, Behandlungen oder Eingriffen, gleichgültig, ob es sich um lebensgefährliche Maßnahmen handelt oder nicht.

Bei Ausführung dieses Amtes sind die Bevollmächtigten berechtigt, alle Krankenunterlagen einzusehen und deren Herausgabe an Dritte zu bewilligen. Meine Ärzte entbinde ich dazu gegenüber den Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

3. Die Bevollmächtigten werden keine Vergütung für diese Dienstleistung erhalten, lediglich die bei der Ausübung der Vollmacht entstandenen Kosten sollen aus meinem Vermögen gedeckt werden. Die Verwendung meines Vermögens zu eigenen Gunsten ist den Bevollmächtigten untersagt.

4. Die Vollmacht tritt erst in Kraft, wenn durch ein ärztliches Attest bestätigt wird, dass ich nicht mehr einwilligungs- und entscheidungsfähig bin. Die Vollmacht und das ihr zugrundeliegende Auftragsverhältnis behalten ihre Gültigkeit, auch wenn ich nicht mehr lebe.

5. Im Todesfalle wünsche ich

beigesetzt zu werden.

Auch in diesem Falle überlasse ich dem Hauptbevollmächtigten die letzte Entscheidung.

6. Die Vollmacht ist stets widerruflich.

7. Ich bestätige die hier geäußerten Wünsche, Werte und Verfügungen und die ausgesprochene Bevollmächtigung.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Ich kenne den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht und bin bereit, diese Bevollmächtigung anzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift, Hauptbevollmächtigte/er

Ort, Datum

Unterschrift, Ersatzbevollmächtigte/er