

Vollmacht (Vorsorgevollmacht)

Vollmachtgeber/-in:

Vorname(n), Name :

Geburtstag:Geburtsort:.....

Anschrift:

Ich erteile der / den folgenden Person(en) Vollmacht, mich in den unten aufgeführten Angelegenheiten, soweit gesetzlich zulässig, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten:

Vorname, Name :

Geburtstag:Geburtsort:.....

Anschrift:

Telefon:.....Mobil:.....

sowie mit gleichen Rechten

Vorname, Name :

Geburtstag:Geburtsort:.....

Anschrift:

Telefon:.....Mobil:.....

Der/Die Bevollmächtigte(n) soll(en) sich bei allen Entscheidungen ausschließlich an meinen Interessen orientieren. Im Einzelnen umfasst die Vollmacht folgende Bereiche:

a) Vertretung in allen vermögensrechtlichen Angelegenheiten. Dies schließt beispielsweise die Befugnisse ein, über meine laufenden Einkünfte, meine Konten und meine Geldanlagen zu verfügen, Verträge abzuschließen sowie Anträge für mich zu stellen. Die Erteilung von Untervollmachten in Vermögensangelegenheiten (z.B. Prozessvollmachten für meine anwaltliche Vertretung) gestatte ich.

Der/Die Bevollmächtigte(n) ist/sind auch befugt, meine Post entgegenzunehmen und zu öffnen.

b) Vertretung gegenüber Behörden und Sozialversicherungsträgern jeglicher Art.

c) Bestimmung über meinen Aufenthaltsort, einschließlich Kündigung und Auflösung der bisherigen Wohnung und Bestimmung einer neuen Wohnung oder Unterkunft und Abschluss der dafür erforderlichen Verträge.

d) Der/Die Bevollmächtigte(n) ist / sind auch befugt, über meine Unterbringung mit Freiheitsentzug nach § 1906 Absatz 1 und 5 BGB¹⁾ (z.B. auf einer geschlossenen Station eines Krankenhauses) einschließlich der Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1906 Abs. 3 und 3a BGB sowie über andere freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Absatz 4 BGB (z.B. Anbringung eines Bettgitters od. Bauchgurtes) zu entscheiden.¹⁾

e) Entscheidung über die ärztliche Untersuchung und Behandlung. Der/Die Bevollmächtigte(n) ist/sind berechtigt, über ärztliche Behandlungen, Untersuchungen und operative Eingriffe sowie eine Zwangsbehandlung¹⁾ zu entscheiden. Dies gilt auch dann, wenn die konkrete, naheliegende Möglichkeit besteht, dass ich dabei sterbe oder einen dauerhaften gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 BGB).¹⁾ Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte dazu von der Schweigepflicht.

Der/Die Bevollmächtigte ist/sind zur Entscheidung über lebensverlängernde Maßnahmen oder den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, wie z.B. künstliche Beatmung, oder Ernährung über Sonden, - nach Maßgabe meiner Patientenverfügung vom - befugt (§ 1904 Abs. 2 BGB).¹⁾

Zu 1): Für freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen jeglicher Art, für Zwangsbehandlungen und für die Einwilligung in gefährliche ärztliche Maßnahmen sowie - sofern die eigene Bewertung von der ärztlichen Beurteilung abweicht und keine passende Patientenverfügung vorliegt - auch für die ablehnende Entscheidung zu und den Widerruf von lebenserhaltenden Maßnahmen ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes erforderlich (§§ 1904; 1906 BGB)!

Sollten Teile der Vollmacht unwirksam sein, so sollen die übrigen Teile trotzdem wirksam bleiben.

Die Vollmacht soll wirksam bleiben, wenn ich geschäftsunfähig werde.

Die Vollmacht soll über meinen Tod hinaus wirksam bleiben.

Falls über diese Vollmacht hinaus die Einrichtung einer Betreuung erforderlich werden sollte, wünsche ich, dass der/die Bevollmächtigte meine Betreuung übernimmt.

Ich werde die vorstehende Festlegung regelmäßig überprüfen und ändern, falls sich meine Wünsche und Vorstellungen wandeln. Solange keine Änderungen vorgenommen wurden, ist dies der endgültige Ausdruck meines Willens.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Vollmachtsgeber/-in

Bestätigung eines Zeugen/einer Zeugin (z.B. Hausarzt/-ärztin)

Ich war bei der Unterschriftsleistung des Vollmachtsgebers/der Vollmachtsgeberin zugegen. In einem Gespräch mit dem / der Vollmachtgeber(in) habe ich den Eindruck gewonnen, dass die Erteilung dieser Vollmacht seinem / ihrem freien Willen entspricht und dass er / sie die Bedeutung und Tragweite dieser Vollmacht versteht.

Name des Zeugen/der Zeugin:.....

Anschrift:.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

| |
|--|
| <p>Wichtiger Hinweis: Sofern Teile der Bevollmächtigung nicht gewünscht werden, sind diese deutlich zu streichen.</p> |
|--|