

V o l l m a c h t

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ Wohnort:

Telefon:

Hiermit bevollmächtige ich - widerruflich - folgende Person/en, mich in allen persönlichen, rechtlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten in alle denkbaren Richtungen außergerichtlich und gerichtlich uneingeschränkt zu vertreten.

An erster Stelle bevollmächtige ich: Für den Fall, dass, - bzw. so lange - die bevollmächtigte Person ausfällt, soll an deren Stelle treten:

Name: Name:

Vorname: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsdatum:

Straße: Straße:

PLZ Wohnort: PLZ Wohnort

Telefon: Telefon:

Diese Vollmacht erteile ich heute im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte.
Die bevollmächtigten Personen besitzen mein besonderes Vertrauen.
Die Vollmacht entfaltet allerdings nur dort Wirksamkeit, wo sie im Original vorliegt.

Wirksamkeit:

Die Vollmacht und das hier zugrundeliegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich in Zukunft aufgrund eines geistigen oder körperlichen Gebrechens nicht mehr in der Lage bin, meine eigenen Angelegenheiten selbst zu regeln.
Die Vollmacht gilt auch soweit möglich über den Tod hinaus.

Ja Nein, das möchte ich nicht

Ergänzungen oder Einschränkungen:

.....
.....
.....

Betreuungsverfügung:

Durch die Erteilung dieser Vorsorgevollmacht soll eine gerichtliche Betreuerbestellung (§ 1896 BGB) vermieden werden.

Sollte gleichwohl eine rechtliche Betreuung erforderlich werden, so wünsche ich, dass meine hier angegebenen Vertrauenspersonen vom Gericht in vollem Umfang als Betreuer bestellt werden.

Ja Nein, das möchte ich nicht

Ergänzungen oder Einschränkungen:

.....
.....
.....

Untervollmachten:

Die Vollmacht berechtigt zur Erteilung von Untervollmachten.

Ja Nein, das möchte ich nicht

Ergänzungen oder Einschränkungen (z.B. Ausschluss bestimmter Personen oder Ausschluss bestimmter Befugnisse):

.....
.....
.....

In-sich-Geschäfte:

Die Vollmacht berechtigt die bevollmächtigte Person auch zu Rechtsgeschäften,
- bei denen sie gleichzeitig sowohl meine Interessen vertritt als auch ihre eigenen,
- oder bei denen sie gleichzeitig sowohl meine Interessen vertritt als auch die Interessen Dritter, welche sich ebenfalls von der bevollmächtigten Person vertreten lassen (also unter Befreiung von den Beschränkungen nach § 181 BGB).

Ja Nein, das möchte ich nicht

Ergänzungen oder Einschränkungen (z.B. Ausschluss bestimmter In-sich-Geschäfte):

.....
.....
.....

Mein Vermögen:

Die Vollmacht umfasst auch die Verwaltung meines gesamten Vermögens und aller meiner Einkünfte, sowie Dispositionen darüber.

Ja Nein, das möchte ich nicht

Ergänzungen oder Einschränkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Achtung:

- *Geschäfte, die Immobilien oder Handelsgewerbe betreffen, kann ein Bevollmächtigter nur wahrnehmen, wenn die Vollmacht notariell beurkundet worden ist.*
- *Kreditinstitute verlangen in der Regel die Erteilung von Vollmachten auf ihren hauseigenen Formularen oder eine notariell beurkundete Vollmacht.*

Meine Interessenvertretung gegenüber Dritten:

Die Vollmacht umfasst auch die Vertretung meiner Interessen gegenüber Dritten, wie Kreditinstituten, Sozialversicherungsträgern, Behörden und Gerichten, privaten Versicherungen und sonstigen privaten Verhandlungspartnern.

Ja Nein, das möchte ich nicht

Ergänzungen oder Einschränkungen:

.....
.....
.....

Kliniken, Heime, Wohnung; mein Aufenthalt:

Die Vollmacht umfasst auch den Abschluss von Klinik- und Heimverträgen, einschließlich der Auflösung meiner Wohnung und meines Hausstandes, sowie der Bestimmung meines vorübergehenden und dauernden Aufenthalts.

Ja Nein, das möchte ich nicht

Ergänzungen oder Einschränkungen (z.B. bevorzugte Reha-Kliniken oder Alten- und Pflegeheime):

.....
.....
.....

Meine gesundheitliche Versorgung:

Die Vollmacht berechtigt zu meiner Vertretung in Fragen der medizinischen Versorgung und Behandlung, soweit ich selbst nicht im Stande bin, sinnvoll darüber zu bestimmen.

Die Vollmacht berechtigt auch zur Einwilligung in Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe, bei denen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide.
Allerdings muss dazu die vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts eingeholt werden, weil dies gesetzlich so vorgeschrieben ist.

Die Vollmacht berechtigt dazu, meine geschlossene Unterbringung zu veranlassen, wenn dies notwendig ist, weil ich selbst die Notwendigkeit von medizinischen Untersuchungen, Behandlungen oder ärztlichen Eingriffen nicht mehr einsehen kann und darum meine Einwilligung verweigere und mich zur Wehr setze. Dies gilt entsprechend für eine Zwangsmedikation.
Allerdings muss dazu die vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts eingeholt werden, weil dies gesetzlich so vorgeschrieben ist.

Die Vollmacht berechtigt ferner dazu, in die sogenannten fixierenden Maßnahmen einzuwilligen, um mich vor Stürzen und Verletzungen zu schützen.
Fixierende Maßnahmen können Bettgitter, Bauchgurte und Ähnliches sein, aber auch Medikamente, die stark beruhigen, eventuell das Bewusstsein trüben und denselben Schutzzweck verfolgen.
Allerdings muss dazu die vorherige Genehmigung des Betreuungsgerichts eingeholt werden, weil dies gesetzlich so vorgeschrieben ist.

Die Vollmacht berechtigt dazu, meine Krankenunterlagen einzusehen und deren Herausgabe an Dritte zu bewilligen.

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen sowie das nichtärztliche Personal gegenüber den von mir bevollmächtigten Personen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ja Nein, das möchte ich nicht

Ergänzungen oder Einschränkungen (z.B. bevorzugte Ärzte, Krankenhäuser oder Behandlungsmethoden):

.....
.....
.....

Ich habe eine Patientenverfügung verfasst.

Die bevollmächtigten Personen sollen darüber wachen, dass meine Patientenwünsche beachtet werden.

Ja Nein, ich habe keine Patientenverfügung verfasst

Ergänzungen oder Einschränkungen:

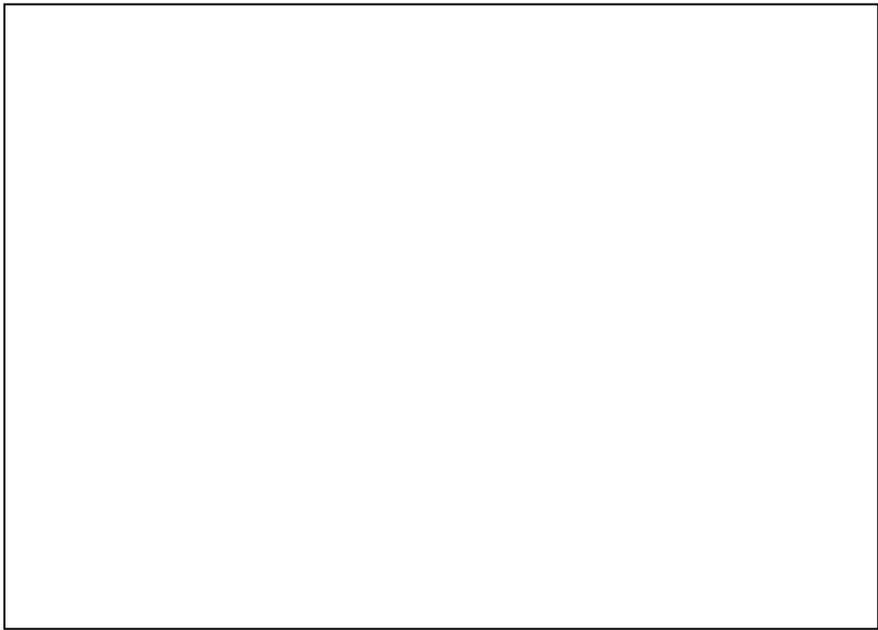
.....
.....
.....

(Ort / Datum) (Unterschrift der vollmachtgebenden Person)

(Ort / Datum) (Unterschrift der vollmachtnehmenden Person/en)

Empfehlung:
Unterschrift einer neutralen Vertrauensperson (beispielsweise Hausarzt oder Pastor)

(Ort / Datum) (Unterschrift)



(Stempel)

Es empfiehlt sich, diese Vollmacht regelmäßig (z. B. alle ein bis zwei Jahre) durch Unterschrift zu bestätigen, auch wenn der Gesetzgeber dies nicht vorschreibt. Eine erneute Unterschrift bzw. eine Überarbeitung ist sinnvoll, wenn eine Änderung der persönlichen Lebensumstände eintritt.

Ort	Datum	<i>Unterschrift</i>