

Vorsorgevollmacht

Ich,

Vor- und Zuname	Geburtsdatum/ -ort
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

bevollmächtigte - **jeweils einzeln vertretungsberechtigt** - folgende Personen:

Vor- und Zuname	Geburtsdatum/ -ort
Anschrift (PLZ, Ort, Straße)	

Vor- und Zuname	Geburtsdatum/ -ort
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

Vor- und Zuname	Geburtsdatum/ -ort
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

I. Umfang der Vollmacht

Die bevollmächtigten Personen sind berechtigt, mich im gesetzlich zulässigen Umfang im In- und Ausland in allen Angelegenheiten umfassend gerichtlich und außergerichtlich gegenüber Privaten, Gerichten und Behörden in jeder Beziehung zu vertreten. Dies gilt insbesondere für alle Vermögens-, Immobilien-, Grundstücks-, Erbschafts-, Renten-, Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Rechtsangelegenheiten ohne jede Ausnahme. Die bevollmächtigten Personen erhalten ausdrücklich Prozess- und Inkassovollmacht.

(Wichtig: Im Fall der rechtlichen Vertretung in Grundstücks- und Immobilienangelegenheiten sowie zur Ausschlagung einer Erbschaft ist eine notarielle Beurkundung der Vollmacht oder eine öffentliche Beglaubigung der Unterschrift durch einen Notar oder die Betreuungsbehörde erforderlich)

II. Vermögensrechtliche, behördliche und fernmelderechtliche Angelegenheiten

Die Vollmacht berechtigt insbesondere zur Verwaltung meines Vermögens, zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zur Verfügung, Einsicht, Bearbeitung und

Auflösung sämtlicher – auch im Onlineverfahren geführten – Konten, Wertpapiere, Depots, Safes etc., zur Eingehung von Verbindlichkeiten, zur Beantragung von Renten, Versorgungsbezügen, Leistungen aus der Pflegeversicherung oder sonstigen Sozialleistungen. Die Vertretung gegenüber Behörden umfasst auch Melde-, Pass- und Ausweisangelegenheiten.

Die bevollmächtigten Personen werden zur Entscheidung über den Fernmeldeverkehr, zur Entgegennahme, zum Anhalten und Öffnen der für mich bestimmten Postsendungen (inklusive Post- und Zahlungsanweisungen sowie elektronischer Post und Verfügung über Konten sozialer Netzwerke) und zum Empfang von eigenhändig auszuhändigenden Sendungen bevollmächtigt.

III. Gesundheitsvorsorge, Aufenthaltsbestimmung, Wohnungsangelegenheiten, Pflege

Es ist mein ausdrücklicher Wille, dass den bevollmächtigten Personen im weitest möglichen Umfang auch Entscheidungsbefugnisse in meinen persönlichen Angelegenheiten zustehen. Die Vollmacht berechtigt daher insbesondere auch zu Entscheidungen in meinem Namen, die meine Gesundheitsfürsorge, meinen Aufenthalt und die damit zusammenhängenden Entscheidungen, wie z. B. Abschluss und Kündigung von Miet- / Heim- und Pflegeverträgen, Wohnungsauflösung, etc. betreffen.

Ich entbinde meine Ärzte oder andere Personen, die kraft Gesetzes zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet sind, gegenüber den bevollmächtigten Personen von ihrer Schweigepflicht und bewillige die Herausgabe von Unterlagen an Dritte.

Eine Patientenverfügung werde ich gegebenenfalls gesondert verfassen. Die bevollmächtigten Personen sind befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Die bevollmächtigten Personen dürfen insbesondere - auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme oder ihres Unterlassens bzw. Abbruchs sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 BGB) - in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese Maßnahmen ablehnen oder die bereits erteilte Einwilligung in eine Maßnahme widerrufen. Sie müssen dazu die Genehmigung des Betreuungsgerichts einholen, es sei denn, es besteht zwischen ihnen und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung meinem nach § 1827 BGB festgestellten Willen entspricht (§ 1829 Abs. 4 BGB).

Die bevollmächtigten Personen sind zudem berechtigt, über eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung gem. § 1831 Abs. 1 BGB sowie freiheitsbeschränkende bzw. -entziehende Maßnahmen im Sinne von § 1831 Abs. 4 BGB (z.B. Anbringen von Bettgitter und Gurten, Verabreichen beruhigender Mittel) zu entscheiden. Die bevollmächtigten Personen können ferner im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes gemäß § 1832 Abs. 1 BGB in eine ärztliche Zwangsmaßnahme einwilligen und über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus zur ärztlichen Zwangsbehandlung gem. § 1832 Abs. 4 BGB entscheiden, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt.

(Wichtig: Außer im Eilfall bedürfen die im letzten Absatz genannten Maßnahmen der vorherigen Genehmigung des zuständigen Betreuungsgerichtes.)

IV. Erteilung von Untervollmachten

Den bevollmächtigten Personen ist es gestattet, für einzelne Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen bzw. diese zu widerrufen.

V. Widerruf und Wirksamkeit der Vollmacht

Die vorliegende Vollmacht ist stets widerruflich. Die Bevollmächtigung gilt auch dann, wenn ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen verständlich zu äußern. Die Vollmacht und das ihr zugrundeliegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich meine Selbstbestimmungsfähigkeit verloren habe bzw. geschäftsunfähig geworden sein sollte. Sie bleibt auch über meinen Tod hinaus wirksam.

Die Vollmacht wird der bevollmächtigten Person mit Originalunterschrift erteilt. Sie ist nur wirksam, solange die bevollmächtigten Personen bei der Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Vollmacht im Original vorlegen können.

Sollten Teile der Vollmacht unwirksam sein, bleibt die Wirksamkeit der Vollmacht im Übrigen unberührt.

VI. Betreuungsverfügung

Durch diese Vollmacht soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Sollte trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich werden, so soll eine der bevollmächtigten Personen zu meinem gesetzlichen Betreuer / meiner gesetzlichen Betreuerin bestellt werden.

Ich versichere, dass zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung uneingeschränkt Geschäftsfähigkeit bestand.

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmacht erteilenden Person

Bei Bedarf: folgende Person (z. B. Hausarzt) kann bestätigen, dass zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung uneingeschränkt Geschäftsfähigkeit bestand:

Vor- und Zuname
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)