

# Vorsorgevollmacht

---

## Vorsorgevollmacht

von

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte erteile ich hiermit folgender Person /  
folgenden Personen

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

und bei Verhinderung der vorgenannten Person / Personen

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

die Vollmacht, mich in allen gerichtlichen und außergerichtlichen  
Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder  
angegeben habe. Diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete  
Betreuung vermeiden. Sie bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung  
geschäftsunfähig geworden sein sollte, und soll über meinen Tod hinaus in  
Geltung bleiben.

# Vorsorgevollmacht

---

## 1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

Die o.g. Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege und einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege entscheiden und ist gehalten, sich dabei an dem in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu orientieren.

- JA                       NEIN

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).

- JA                       NEIN

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht.

- JA                       NEIN

Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

- JA                       NEIN

---

---

---

# Vorsorgevollmacht

---

## 2. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag (inklusive einer Kündigung) wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen Heimvertrag abschließen, ändern und kündigen.

- JA                       NEIN

## 3. Vertretung vor Behörden

Sie darf mich vor Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

- JA                       NEIN

## 4. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

- JA                       NEIN

## 5. Vermögenssorge

Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen.

- JA                       NEIN

*(Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenem Vordruck! Für Immobiliengeschäfte, Darlehensverträge und Handelsgewerbe ist eine notariell beurkundete Vollmacht notwendig!)*

---

---

---

## Vorsorgevollmacht

---

### 6. Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) entscheiden.

- JA                       NEIN

### 7. Untervollmachten

Sie ist dazu ermächtigt, für einzelne Bereiche Untervollmachten zu erteilen.

- JA                       NEIN

Abweichend von den oben genannten bevollmächtigten Personen möchte ich für die Bereiche

- 1                       2                       3                       4                       5                       6                       7

eine ausschließliche Vertretung durch folgende Person:

\_\_\_\_\_

Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Vorsorgevollmacht

---

Bestätigung durch die Bevollmächtigten (*Angaben nicht erforderlich*)

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den Wünschen und Werten der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers zu orientieren.

1. Bevollmächtigte/r

2. Vertreter der/des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertreterin/des  
Vertreters der/des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Hinweis auf eine existierende Patientenverfügung/Betreuungsverfügung

- Ich besitze eine Patientenverfügung. Der/die Vorsorgebevollmächtigte(n) hat/haben die in meiner Patientenverfügung geäußerten Erklärungen zu achten. Ich habe mit meinem/meiner Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.
- Ich besitze keine Patientenverfügung

oder

- Ich besitze eine Betreuungsverfügung.
- Ich besitze keine Betreuungsverfügung.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Vorsorgevollmacht

---

## 8. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Bestätigung durch einen Zeugen/eine Zeugin: *(Angaben nicht erforderlich)*

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den oben genannten Voraussetzungen von der Verfasserin/ vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift