

# Vorsorgevollmacht

**Ich,**

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(geboren am)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Telefon / Fax / E-Mail)

**erteile hiermit Vollmacht an Herrn / Frau**

\_\_\_\_\_  
(Name der bevollmächtigten Person)

\_\_\_\_\_  
(geboren am)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Telefon / Fax / E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach Ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, so lange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

## 1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- ☐ Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
- ☐ Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).

- ☐ Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.
- ☐ Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.
- ☐ 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 in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.
- ☐ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- ☐ Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.
- ☐ Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.
- ☐ Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.
- ☐ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 3. Behörden

- ☐ Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.
- ☐ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 4. Vermögenssorge

- ☐ Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen,
- ☐ über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
- ☐ Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
- ☐ Verbindlichkeiten eingehen
- ☐ Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (**bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis**)
- ☐ Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

-----

-----

-----

**Hinweis:** Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten können Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen: Dabei sollten Sie die Unterschrift aber grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse leisten. Noch besser ist es, die Bank/Sparkasse aufzusuchen und dort alle Fragen zu besprechen.

#### 5. Post und Fernmeldeverkehr

- ☐ Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

#### 6. Vertretung vor Gericht

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

#### 7. Untervollmacht

- ☐ Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

#### 8. Betreuungsverfügung

- ☐ Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

#### 9. Geltung über den Tod hinaus

- ☐ Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

10. Weitere Regelungen

-----

-----

-----

-----

-----

-----

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtnehmers