

Vorsorgevollmacht

Ich, _____, (Vollmachtgeber/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

erteile hiermit Vollmacht an

_____, (Vollmachtnehmer/in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax)

Das Grundverhältnis regelt sich nach den Auftragsvorschriften. Der/Die Vollmachtnehmer/in ist befugt, die von ihm/ihr zum Zwecke der Ausführung des Auftrages gemachten erforderlichen Aufwendungen von der Vollmachtgeberin/dem Vollmachtgeber ersetzt zu verlangen (vgl. §§ 670, 675 BGB).

Die Vollmacht soll sich auf alle Angelegenheiten erstrecken, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Die Vollmacht ist nur dann wirksam, wenn alle Textvorschläge entweder mit „ja“ oder „nein“ angekreuzt sind; frei auszufüllende Zeilen sind so auszufüllen bzw. durchzustreichen, dass niemand nachträglich etwas hinzufügen kann.

Zweck der Vollmacht ist es, eine vom Gericht angeordnete Betreuung zu vermeiden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde, erlischt aber in meinem Todesfall. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange der/die Vollmachtnehmer/in die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

1. Vertretung in allen vermögensrechtlichen Angelegenheiten

Die Vollmacht soll sich auf alle Rechtsgeschäfte und Rechtshandlungen vermögensrechtlicher Art erstrecken, welche von mir und mir gegenüber vorgenommen werden können, soweit die Gesetze eine Vertretung zulassen.

Ja Nein

Sie berechtigt insbesondere

- zur Verwaltung meines Vermögens sowie zur Verfügung über Vermögensgegenstände jeder Art, einschließlich Erwerb, Belastung und Veräußerung,
- zum Inkasso,
- zur Eingehung von Verbindlichkeiten einschließlich einer Zwangsvollstreckungsunterwerfung, auch nach § 800 ZPO,
- zur Vornahme geschäftsähnlicher Handlungen (z. B. Mahnung, Fristsetzung, Anträge, Mitteilungen), ..
- zur Vornahme aller Verfahrenshandlungen gerichtlicher oder außergerichtlicher Art, auch i. S. v. § 13 SGB X,
- zu Schenkungen in dem Rahmen, der auch einem Pfleger bzw. Betreuer gestattet ist,

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
– zur Hilfeleistung in meinen Steuerangelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zum Abschluss eines Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Die Vollmacht berechtigt auch

– zur Bestimmung meines Aufenthaltes, zur Wahrnehmung der Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung sowie zur Auflösung meines Haushaltes, ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zum Abschluss eines Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zu meiner Unterbringung, auch wenn sie mit Freiheitsentziehung verbunden ist,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zur Einwilligung in Maßnahmen, durch die mir durch mechanische Vorrichtung, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll (§ 1906 Abs. 1 und 4 BGB), solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Gesundheitsvorsorge, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe

Die Vollmacht berechtigt darüber hinaus für den Fall meiner fehlenden Einwilligungsfähigkeit

– zur Entscheidung in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zur Einsicht in Krankenunterlagen und zur Bewilligung von deren Herausgabe an Dritte unter gleichzeitiger Entbindung aller mich behandelnden Ärzte und des nichtärztlichen Personals gegenüber der von mir bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zur Einwilligung in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, auch wenn diese mit der begründeten Gefahr eines schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schadens oder sogar mit Lebensgefahr verbunden sein könnten (§ 1904 BGB),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– zur Erteilung der Einwilligung hinsichtlich des Unterlassens oder des Beendens lebensverlängernder Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres habe ich in einer gesonderten Patientenverfügung niedergelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Weitere Regelungen

– Der/Die Vollmachtnehmer/in ist von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Der/Die Vollmachtnehmer/in ist zur Bestellung von Unterbevollmächtigten sowie zur Vollmachtsübertragung befugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Der/Die Vollmachtnehmer/in ist zur Öffnung der für mich bestimmten Post, auch in elektronischer Form, befugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Diese Vollmacht ist widerruflich und beginnt mit dem heutigen Tage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum:

.....
(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

.....
(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)