

Vorsorgevollmacht

Ich
(Name des Vollmachtgebers)

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

bevollmächtigte hiermit
(Name des Bevollmächtigten)

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

mich in allen nachfolgend angekreuzten oder angegebenen
Angelegenheiten zu vertreten.

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Bevollmächtigten
besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der Bevollmächtigte die
Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original
vorlegen kann.

Der Bevollmächtigte hat Entscheidungsbefugnis über nachfolgende
Maßnahmen:

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Soweit ich eine Patientenverfügung erstellt habe, genießt diese Vorrang und ist hier zu beachten.

JA NEIN

•Einwilligung in Untersuchungen und Behandlungen, auch wenn für mich dadurch Lebensgefahr oder schwere bzw. lang anhaltende gesundheitliche Schäden entstehen könnten.

•Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen.

•Entscheidung über Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.

•Entscheidung über meine Unterbringung, auch mit freiheitsentziehender Wirkung, und über freiheitsentziehende Maßnahmen in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist.

•Durchsetzung meines in einer Patientenverfügung festgelegten Willens.

•Entbindung von der Schweigepflicht:
 Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet alle meine behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal, den Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte und nichtärztliches Personal von ihrer Schweigepflicht.

•

 •

Vermögenssorge

JA NEIN

• Entscheidung über alle laufenden finanziellen Angelegenheiten,
 z. B. Begleichung von Rechnungen oder Geltendmachung
 von Forderungen

• In Empfangnahme von Vermögenswerten, z. B. Geld,
 Sachwerte, Wertpapiere und Schriftstücke

• Verfügung über meine Bankkonten, Depots und Safes
 sowie über meine sonstigen Vermögensgegenstände

• Eingehen von Verbindlichkeiten, u. a. Abschluss von
 Darlehens- und Kreditverträgen

• Vornahme von Vermögenswerbungen und -veräußerungen
 bzw. –belastungen

•

•

(Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf
 bankeigenen Vordrucken)

Wohnungs- und Mietangelegenheiten

JA NEIN

- Wahrnehmung aller Rechte und Pflichten aus
meinem Mietvertrag □ □
- Auflösung meines Haushalts und Verfügung über
das Inventar □ □
- Abschluss und Kündigung neuer Mietverträge □ □
-
.....
-
.....

Aufenthaltsbestimmung

JA NEIN

- Unterbringung in und Entlassung aus einem Pflegeheim □ □
- Abschluss und Kündigung eines Heimvertrags □ □
-
.....
-
.....

Post- und Fernmeldeverkehr

JA NEIN

• Abholung (oder Entgegennahme), Öffnung und Umleitung
 meines Postverkehrs

• Entscheidungen über meinen Fernmeldeverkehr (z. B. Telefon,
 Fax) und alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen
 (z. B. Kündigungen, Vertragsabschlüsse)

• Entscheidungen über Internet-, E-Mail- und Pay-TV-Verträge

•

.....

Behörden- und Ämtervertretung

JA NEIN

• Vertretung meiner Person bei Behörden und Leistungsträgern,
 wie z. B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt,
 Versicherungen, Beihilfestellen, Rententräger

•

.....

Sonstige Vertragsangelegenheiten

JA NEIN

• Verwaltung (einschließlich Abschluss, Kündigung)
 aller sonstigen Verträge

•

.....

Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

JA NEIN

• Beauftragung von Rechtsanwälten zur außergerichtlichen oder gerichtlichen Klärung von Rechtsstreitigkeiten

• Durchführung von Prozesshandlungen

•

Untervollmacht

JA NEIN

• Erteilung von Untervollmachten an andere Personen

Postmortale Vorsorgevollmacht

JA NEIN

• Ich wünsche, dass meine Vorsorgevollmacht auch über meinen Tod hinaus gilt.

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Betreuung trotz Vorsorgevollmacht

Sollte trotz dieser Vorsorgevollmacht die Bestellung einer Betreuung notwendig werden, möchte ich, dass diese von folgender Person übernommen wird:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Ersatzweise

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

In keinem Fall wünsche ich, dass folgende Person zu meiner Betreuung bestellt wird:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

die Vorsorgevollmacht vom _____ (Datum) im Vollbesitz
seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

Kopie by Beta Care