

# VORSORGEVOLLMACHT

Ich,

Name, Vorname			<b>(Vollmachtgeber/in)</b>
Geburtsdatum	Geburtsort		
Adresse			
Telefon	Telefax	E-Mail	

**erteile hiermit Vollmacht an**

Name, Vorname			<b>(bevollmächtigte Person)</b>
Geburtsdatum	Geburtsort		
Adresse			
Telefon	Telefax	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, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Von der Vorsorgevollmacht soll der Bevollmächtigte nur dann Gebrauch machen, wenn ich durch Alter oder Krankheit daran gehindert bin, für mich selbst zu sorgen. Diese Bestimmung ist jedoch nicht als Beschränkung der Vollmacht gegenüber Dritten zu verstehen, sondern lediglich als Anweisung des Vollmachtgebers an den Bevollmächtigten, die nur im Innenverhältnis gilt; im Außenverhältnis gegenüber Dritten und Behörden ist diese Vollmacht unbeschränkt.

## 1. Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.  Ja  Nein
  
- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff 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 mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.  Ja  Nein
  
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
  - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 BGB)  Ja  Nein
  - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB)  Ja  Nein
  - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Abs. 1 BGB)  Ja  Nein
  - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Abs. 4 BGB)  Ja  Neinentscheiden.



#### 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, namentlich \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Verbindlichkeiten eingehen \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. (siehe Hinweis <sup>2)</sup> \_\_\_\_\_  Ja  Nein

– \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können \_\_\_\_\_  Ja  Nein

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

– \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

– \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Hinweise:

- 1) Für die Vermögenssorge in **Bankangelegenheiten** sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen (siehe BTBG-017-DE-FL.PDF). Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-/Depotvollmacht sollten Sie **grundsätzlich** in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.
- 2) Gemäß § 1804 in Verbindung mit § 1908i Abs. 2 Satz 1 BGB kann der Betreuer grundsätzlich nicht in Vertretung des Betreuten **Schenkungen** machen. Ausgenommen sind Schenkungen, durch die einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprochen wird. Darüber hinaus darf der Betreuer in Vertretung des Betreuten Gelegenheitsgeschenke auch dann machen, wenn dies dem Wunsch des Betreuten entspricht und nach seinen Lebensverhältnissen üblich ist.
- 3) Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Verbraucherdarlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine **notarielle** Vollmacht erforderlich!

## 5. Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr entscheiden einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja  Nein

## 6. Vertretung vor Gericht

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

Ja  Nein

## 7. Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Ja  Nein

## 8. Betreuungsverfügung

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

Ja  Nein

## 9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ja  Nein

## 10. Weitere Regelungen

-


Ort, Datum

--

Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

--

Ort, Datum

--

Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers

--