

Vorsorgevollmacht

Ich,

.....
(Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum und -ort, Anschrift)

.....
(Vollmachtgeber/in)

.....
**erteile hiermit Vollmacht mit der Berechtigung, in einzelnen Angelegenheiten
Untervollmacht zu erteilen, und mit der Maßgabe, dass diese Vollmacht über den Tod
hinaus bis zu einem Widerruf durch meine Erben gelten soll, an**

.....
(Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum und -ort, Anschrift, Telefon, Fax, Email)

.....
(bevollmächtigte Person)

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten
zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt habe, auch wenn ich nach Errichtung
dieser Urkunde geschäftsunfähig geworden sein sollte.**

**Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachts-
urkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original
vorlegen kann.**

Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sofern ich eine Patientenverfügung erstellt habe, muss diese beachtet werden.
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).*)
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren und 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), 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.**)

*) Eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes ist nicht erforderlich, wenn zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

**) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

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

.....
(Ort, Datum)

Bitte auch diese Seite unterschreiben:

Aufenthalt und WohnungsangelegenheitenJa ☐ Nein ☐

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen neuen Wohnraummietvertrag oder einen Heimvertrag abschließen und kündigen.

Post und FernmeldeverkehrJa ☐ Nein ☐

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch Einschreiben mit dem Vermerk »eigenhändig« – entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Vertretung vor Behörden und GerichtenJa ☐ Nein ☐

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.
- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

VermögenssorgeJa ☐ Nein ☐

- 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
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, Verbindlichkeiten eingehen
 - mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten
 - Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben
 - Schenkungen vornehmen, wie sie einem rechtlichen Betreuer rechtlich gestattet sind

Befreiung vom Verbot des § 181 BGBJa ☐ Nein ☐

- Die bevollmächtigte Person ist vom gesetzlichen Verbot des § 181 BGB (»Insichgeschäft«) befreit. (Bitte beachten Sie hierzu unsere Erläuterungen im Informationsblatt).

Regelung der BestattungJa ☐ Nein ☐

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

BetreuungsverfügungJa ☐ Nein ☐

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

Hinweis an den Vollmachtgeber:

Zur Form der Vollmacht (Beglaubigung oder notarielle Beurkundung) beachten Sie unbedingt die Hinweise in unserem Informationsblatt.

.....
(Ort, Datum).....
(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin).....
(Ort, Datum).....
(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)

PUTZ • SESSEL • STELDINGER
RECHTSANWÄLTE • KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT

Quagliostraße 7 · 81543 München · Telefon: 089 / 65 20 07 · Fax: 089 / 65 99 89
kanzlei@putz-medizinrecht.de • www.putz-medizinrecht.de

Nachdruck oder Kopieren dieses Textes ist nur mit dieser Quellenangabe erlaubt! (Mai 2015)