

Vorsorgegeber:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße)		

Angaben zur oder zum Bevollmächtigten:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße)		

Vorsorgevollmacht

Angaben zur Vollmachtgeberin oder zum Vollmachtgeber:

Hiermit bevollmächtige ich frei widerruflich die o. g. Person, soweit gesetzlich zulässig, mich in allen persönlichen und finanziellen Angelegenheiten, auch soweit sie meine Gesundheit und meinen Aufenthalt betreffen, und in allen Rechtsangelegenheiten zu vertreten.

Die Vorsorgevollmacht umfasst u. a. folgende Aufgabenkreise im Sinne der Generalvollmacht:

1. Vermögenssorge:

- Verfügungsberechtigung über alle meine Konten und Banken, Sparkassen, Postsparkassen und anderen Geldinstituten
- Berechtigung zur Eröffnung und Kündigung von Konten aller Art bei Banken, Sparkassen, Postsparkassen und anderen Geldinstituten
- Verfügung über Vermögensgegenstände aller Art und Vermögenserwerb
- zum Inkasso
- Schenkungen, soweit sie auch einem Pfleger bzw. Betreuer gestattet sind

2. Rechts- und Vermögensangelegenheiten:

- Vertretung gerichtlich und außergerichtlich, insbesondere die Vornahme aller erforderlichen Verfahrenshandlungen
- Vertretung in Versicherungs-, Renten-, Sozialhilfe-, Wohnungs- und Haus-, Pflegeheimangelegenheiten
- Entscheidung über den Fernmeldeverkehr sowie die Entgegennahme, das Öffnen sowie das Anhalten und ggf. Weiterleiten der Post
- Abschluss eines Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung (Mietvertrag o. ä.)
- alle Verfahrenshandlungen auch im Sinne des § 13 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch - (SGB X)
- Vertretung in allen übrigen Angelegenheiten

3. Gesundheitsvorsorge:

- Einwilligung in Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, einer Heilbehandlung oder einem ärztlichen Eingriff, auch wenn Gefahr besteht, dass ich dabei sterbe oder einen schweren, dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Die oder der Bevollmächtigte muss in beiden letzteren Fällen die vorherige Genehmigung des zuständigen Vormundschaftsgerichtes einholen (§ 1904 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB).
- Berechtigung zur Abgabe von Erklärungen (Zustimmungen und Verweigerungen) bei ärztlichen Behandlungen. Alle mich behandelnden Ärzte sind von ihrer Schweigepflicht gegenüber der oder dem Bevollmächtigten entbunden. Die oder der trifft im Bedarfsfall die freie Arztwahl Krankenhauswahl.
- Einwilligung zu freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Erforderlichkeit zu meinem eigenen Schutz (§ 1906 Abs. 5 BGB), soweit gesetzlich zulässig, oder bei Bedarf die Beantragung beim Vormundschaftsgericht.

4. Aufenthaltsbestimmungsrecht:

- Suche und Auswahl von Heimen und betreuenden Einrichtungen
- alle Dinge der Aufenthaltsbestimmung einschl. der Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung eines Krankenhauses (§ 1906 Abs. 5 BGB)
- Umgangsregelungen

Bitte unbedingt ankreuzen: von der Vollmacht darf nach außen erst dann Gebrauch gemacht werden, wenn die oder der Bevollmächtigte die Originalurkunde der Vollmacht besitzt und in Verbindung damit,

dass ein Arzt meine Geschäftsunfähigkeit bescheinigt

dass zwei Ärzte meine Geschäftsunfähigkeit bescheinigen.

Die Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Rechtsverhältnis bleiben gültig, auch wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte oder im Falle meines Ablebens.

Die Aufgabenerledigung soll nach Möglichkeit unentgeltlich erfolgen. Auslagen und Aufwendungen der oder des Bevollmächtigten sollen bei Bedarf aus meinem Vermögen ersetzt werden.

Die oder der Bevollmächtigte macht sich ersatzpflichtig, wenn sie oder er durch Verfügungen meinen Lebensunterhalt gefährdet. bei begründetem Verdacht auf Missbrauch dieser Vollmacht soll das Vormundschaftsgericht eine Kontrollbetreuerin oder einen Kontrollbetreuer bestellen.

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin oder des
Vollmachtgebers

Hiermit bestätige ich, dass die Unterschrift der Vollmachtgeberin oder des Vollmachtgebers in meiner Gegenwart geleistet wurde und somit authentisch ist.

Ort, Datum

Unterschrift der oder des Bevollmächtigten

Für den Fall, dass die von mir bevollmächtigte Person ihre Aufgaben, aus welchen Gründen auch immer, nicht annehmen oder nicht mehr durchführen kann, bevollmächtigte ich folgende Ersatzperson als **Ersatzbevollmächtigte**:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Postleitzahl, Ort, Straße)		

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin oder des
Vollmachtgebers

Hiermit bestätige ich, dass die Unterschrift der Vollmachtgeberin oder des Vollmachtgebers in meiner Gegenwart geleistet wurde und somit authentisch ist

Ort, Datum

Unterschrift der oder des
Ersatzbevollmächtigten