

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)

.....
(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 Vollmachten-
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 und ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).*)
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren oder 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) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung 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).

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

.....
(Ort, Datum)

Bitte auch diese Seite unterschreiben:

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Ja 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 Fernmeldeverkehr

Ja 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 Gerichten

Ja Nein

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

Vermögenssorge

Ja 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

(Achtung: Kreditinstitute verlangen i.d.R. eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für die Bereiche Immobiliengeschäfte, Immobilienbelastungen, Handelsgewerbe sowie Darlehensaufnahme ist eine notariell beurkundete Vollmacht erforderlich!)

Betreuungsverfügung

Ja Nein

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

.....
(Ort, Datum)

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

.....
(Ort, Datum)

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

WOLFGANG PUTZ & BEATE STELDINGER

RECHTSANWÄLTE

MEDIZINRECHTLICHE SOZietät

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! (April 2011)