

# Vorsorgevollmacht

**Ich,**

.....  
(Name, Vorname, Geburtsname)

**(Vollmachtgeber/in)**

.....  
(Geburtsdatum, Geburtsort)

.....  
(Anschrift)

.....  
(Telefon, Fax, E-Mail)

**erteile hiermit Vollmacht mit der Berechtigung, in einzelnen Angelegenheiten Unter-  
vollmacht 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)

**(bevollmächtigte Person)**

.....  
(Geburtsdatum, Geburtsort)

.....  
(Anschrift)

.....  
(Telefon, Fax, E-Mail)

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu ver-  
treten, die ich im Folgenden mit „Ja“ angekreuzt habe. Durch diese Vollmachtserteilung  
soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden, weshalb die Vollmacht in  
Kraft bleibt, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.**

**Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde  
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 die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).\*)
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen, wie z.B. künstlicher Ernährung oder künstlicher Beatmung, 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 ihrerseits Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. privatärztlichen Verrechnungsstellen von deren Schweigepflicht entbinden.
- 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 einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (1906a BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.\*\*)

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Ja  Nein

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, mich bei der Meldebehörde an- und abmelden, 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 Telekommunikation

Ja  Nein

- Sie darf die für mich bestimmte Post - auch Einschreiben mit dem Vermerk »eigenhändig« - entgegennehmen und öffnen. Das gilt auch für E-Mails und das Abhören von Anrufbeantwortern oder Mailbox.
- Sie darf über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

## Digitale Medien

Ja  Nein

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht, zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

\*) 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 und 5 BGB und § 1906a Abs. 2, 4 und 5 BGB).

**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, soweit sie einem rechtlichen Betreuer rechtlich gestattet sind

**Befreiung vom Verbot des § 181 BGB**

Ja       Nein

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

**Regelung der Bestattung**

Ja       Nein

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

**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.

**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! (Februar 2019)