

# Vorsorgevollmacht



**Johannes-Hospiz  
Münster**

Ich,

*Name, Vorname* \_\_\_\_\_ **(Vollmachtgeber/in)**

*Geburtsdatum* \_\_\_\_\_ *Geburtsort* \_\_\_\_\_

*Adresse* \_\_\_\_\_

*Telefon/Handy* \_\_\_\_\_ *Telefax* \_\_\_\_\_

*E-Mail* \_\_\_\_\_

erteile hiermit Vollmacht an

*Name, Vorname* \_\_\_\_\_ **(bevollmächtigte Person)**

*Geburtsdatum* \_\_\_\_\_ *Geburtsort* \_\_\_\_\_

*Adresse* \_\_\_\_\_

*Telefon/Handy* \_\_\_\_\_ *Telefax* \_\_\_\_\_

*E-Mail* \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich diese Vertrauensperson, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Durch diese Vollmacht möchte ich eine vom Gericht anzuordnende Betreuung vermeiden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde.

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

## GESUNDHEITSSORGE UND 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 sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich durch sie einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB).<sup>1</sup> Ja  Nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen. Dies gilt auch, wenn die Nicht-Anwendung der Maßnahme/n 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.<sup>2</sup> Ja  Nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der von mir bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Ja  Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente ...) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. Ja  Nein

<sup>1</sup> In diesen Fällen hat die/der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB).

<sup>2</sup> § 1904 Abs. 4 und 5 BGB: Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen.

- Sonstige eigene Vorgaben Ja  Nein
- 

## AUFENTHALT UND WOHNUNGSANGELEGENHEITEN

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. Ja  Nein

- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja  Nein

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja  Nein

- Sonstige eigene Vorgaben Ja  Nein
- 

## VERMÖGENSVORSORGE

- 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.

Ja  Nein

*Hinweis: Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit die entsprechenden Formulare Ihrer Bank.*

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

Ja  Nein

- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

---

---

---

---

## POST- UND FERNMELDEVERKEHR

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr (Internet, Telefon ...) entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (Vertragsabschlüsse, Kündigungen ...) abgeben.

Ja  Nein

## VERTRETUNG VOR GERICHT

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.<sup>3</sup>

Ja  Nein

<sup>3</sup> *Beispielsweise Klageerhebungen, Klagerücknahmen, Zustimmung zu Vergleichen*

## BEHÖRDEN

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja  Nein

## UNTERVOLLMACHT

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmachten erteilen.

Ja  Nein

## GELTUNG ÜBER DEN TOD HINAUS

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fort gilt.

Ja  Nein

## REGELUNG DER BESTATTUNG

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

Ja  Nein

## 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

## WEITERE REGELUNGEN

- Erteilen Sie beispielsweise eine Ersatzbevollmächtigung für eine weitere Person, für den Fall dass der /die Bevollmächtigte aus wichtigen Gründen keine Entscheidungen für Sie treffen kann.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift der Vollmachtgeberin/  
des Vollmachtgebers*

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift der Vollmachtnehmerin/  
des Vollmachtnehmers*

## **IMPRESSUM**

### **HERAUSGEBER**

Johannes-Hospiz Münster gGmbH  
St. Mauritz-Freiheit 44  
48145 Münster

**TELEFON:** 0251 9337626

**E-MAIL:** [info@johannes-hospiz.de](mailto:info@johannes-hospiz.de)

**WEB:** [www.johannes-hospiz.de](http://www.johannes-hospiz.de)

### **REDAKTION**

Ludger Prinz (Geschäftsführer), RA Klaus Schoch  
(Abteilungsleiter DiCV Münster), Claudia Bonenkamp  
(Koordinatorin Ambulanter Hospizdienst),  
Dr. Andreas Stähli (Leitung Akademie)

**GESTALTUNG:** Sebastian Maaß

**DRUCK:** Druckerei Mack

**FOTOS:** Bildarchiv Johannes-Hospiz Münster