

Vorsorgevollmacht



Ich,

Name, Vorname _____ (Vollmachtgeber/in)

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Adresse _____

Telefon/Handy _____

E-Mail _____

erteile hiermit eine Vollmacht an

Name, Vorname _____ (bevollmächtigte Person)

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Adresse _____

Telefon/Handy _____

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.

Für den Fall, dass die bevollmächtigte Person aus wichtigen Gründen keine Entscheidungen treffen kann, besteht die Möglichkeit eine Ersatzbevollmächtigung zu erteilen (s. S. 7).

Es sei darauf hingewiesen, dass die **Ersatzbevollmächtigung** nur für den „Notfall“ gelten sollte. Es ist darauf zu achten, dass vom Grundsatz her nur eine Vollmacht erteilt wird.

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 (§ 1829 Abs. 1 BGB). Ja Nein
 - Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustands, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen. Gleiches gilt, 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 (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. Ja Nein
 - Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen, Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber der von mir bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Ja Nein
 - Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 Nr. 1 und 2 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente ...) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. Ja Nein
 - 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
-

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.³ Ja Nein

³ 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

VERMÖGENSVORSORGE

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

- 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
- Willenserklärung bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Ja Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer/
einer Betreuerin rechtlich gestattet ist. Ja Nein
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

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 eine Ersatzbevollmächtigung für eine weitere Person, für den Fall dass der /die Bevollmächtigte aus wichtigen Gründen keine Entscheidungen für Sie treffen kann. Falls Sie mehrere Personen als Ersatzbevollmächtigte einsetzen, legen Sie bitte unbedingt eine Reihenfolge fest.

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
info@johannes-hospiz.de
www.johannes-hospiz.de

REDAKTION Ludger Prinz (Geschäftsführer)
RA Klaus Schoch
Claudia Bonenkamp (Kordinatorin Ambulanter Hospizdienst)

GESTALTUNG Rebecca Schulze

DRUCK Druckstudio Düsseldorf

FOTO Michael Kestin

STAND März 2024