

## Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich,

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Geburtsort: .....  
Straße: .....  
PLZ, Wohnort: .....  
Telefon: .....

ohne Zwang und aus freiem Willen für den Fall, dass ich durch Krankheit, Behinderung oder Geschäftsunfähigkeit meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, folgende Vollmacht:

Herr/Frau  
Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Geburtsort: .....  
Straße: .....  
PLZ, Wohnort: .....  
Telefon: .....

Wird bevollmächtigt, mich in allen meinen Angelegenheiten, persönlicher und finanzieller Art, in jeder rechtlich zulässigen Weise zu vertreten.  
Die Vollmacht umfasst insbesondere:

### **1. Vermögensangelegenheiten**

Diese Vollmacht berechtigt:

- zur Verwaltung meines Vermögens,
- zur Verfügung meiner Bankkonten und Vermögensgegenstände,
- zum Vermögenserwerb,
- zum Abschluss eines Heimvertrages oder eine ähnliche Vereinbarung,
- zur Beantragung von Rente oder anderen Sozialleistungen,
- zur Auflösung meines Mietverhältnisses,
- zur gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung gegenüber Gerichten, Behörden, sonstigen öffentlichen Stellen und Privatpersonen,
- zur Vertretung aller Prozesshandlungen.

## 2. Persönliche Angelegenheiten

Diese Vollmacht berechtigt:

- zur Entscheidung über die medizinische Versorgung und Behandlung,
- zur Einwilligung von operativen Eingriffen oder Behandlungsabbruch,
- zur Aufenthaltsbestimmung und Unterbringung in einem Pflegeheim, Krankenhaus oder einer geschlossenen Anstalt,
- zur Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen, z.B. Anbringen von Bettgittern, Gurten etc.,
- zur Aufklärung des Bevollmächtigten über meine Erkrankungen, Zustände und Prognosen seitens der behandelnden Ärzte,
- zur Kontrolle über die angemessene medizinische Betreuung und die menschenwürdige Unterbringung der behandelnden Ärzte und in der Klinik durch den Bevollmächtigten.

Ich entbinde hiermit die Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber meinem/meiner Bevollmächtigten Herr/Frau .....

Diese Vollmacht berechtigt Herr/Frau ..... **nicht** zu den folgenden Festlegungen:

1. ....
2. ....
3. ....

Die Entscheidung, dass ich nicht in der Lage bin, z.B. durch Krankheit oder Behinderung, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden.

Die Vollmacht ist **nicht** durch eine Untervollmacht übertragbar.

Ist der/die Bevollmächtigte Herr/Frau ..... aus bestimmten Gründen nicht in der Lage mich zu vertreten, bevollmächtigte ich an seine/ihre Stelle Herr/Frau

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Straße: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon: .....

Sollte dennoch eine Betreuung erforderlich werden, verfüge ich, dass Herr/Frau .....(der/die Bevollmächtigte oder eine andere Person Ihres Vertrauens) zum Betreuer bestellt wird.  
Diese Vollmacht ist jederzeit **widerruflich**.

Die Vollmacht wurde von Herr/Frau .....  
in meinem Beisein unterschrieben und entspricht dem Willen des  
Vollmachtgebers.

.....  
Ort Datum Unterschrift

Ich bin mit der Aufgabe als Bevollmächtigter einverstanden und bestätige dies  
mit meiner Unterschrift:

.....  
Ort Datum Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass diese Vollmacht noch immer meinem  
Willen entspricht.

1.....  
2.....  
3.....  
4.....  
5.....  
Ort Datum Unterschrift