



Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin Dres. med. Mühlenfeld, Brase, Cepek, Coutelle
Vorsorgevollmacht
Version 1.2

Ich, _____ (Vollmachtgeber/in)
Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____
Adresse: _____

erteile hiermit Vollmacht an

Name/Vorname: _____ (bevollmächtigte Person)
Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____
Adresse: _____

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

_____ Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers
--

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge 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 Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen 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 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 Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Ja Nein



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 (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ja Nein

2. Aufenthalt/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 Heimvertrag abschließen.

Ja Nein

3. Behörden

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

Ja Nein

4. Vermögenssorge

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

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

Ja Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

(Achtung: Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen, sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!)

5. Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja Nein

6. Vertretung vor Gericht

Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

Ja Nein

7. Untervollmacht

Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Ja Nein

8. 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



9. Weitere Regelungen

Ort/Datum _____
Unterschrift Vollmachtgeber/in

Ort/Datum _____
Unterschrift Vollmachtnehmer/in

Beglaubigungsvermerk

Ort/Datum _____
Unterschrift Hausarzt/ Hausärztin