

Vollmacht

Vorname, Name _____

Geb.am _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon/Fax/Mail _____

Ich bevollmächtige widerruflich und über meinen Tod hinaus

1. Name _____

2. Name _____

geb. am _____

geb. am _____

Straße _____

Straße _____

Wohnort _____

Wohnort _____

Tel. _____

Tel. _____

3. Name _____

4. Name _____

geb. am _____

geb. am _____

Straße _____

Straße _____

Wohnort _____

Wohnort _____

Tel. _____

Tel. _____

Der/die unter 1. genannte Bevollmächtigte ist Hauptbevollmächtigte*r, die weiteren Bevollmächtigten fungieren als Ersatz-Bevollmächtigte.

Durch diese Vollmachterteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Einrichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

1. Gesundheit/Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person 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 eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).

ja nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Sie darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

ja nein

Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§1906 Abs. 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Abs. 1 BGB) und über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Abs. 4 BGB), entscheiden.

ja nein

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen

ja nein

- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen

ja nein

- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen

ja nein

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen („Heimvertrag“) abschließen und kündigen

ja

3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.

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.

ja nein

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**s. Hinweis 1**) ja nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen ja nein
- Verbindlichkeiten eingehen (**s. Hinweis 1**) ja nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. (**s. Hinweis 2**)

ja nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, die einem*r Betreuer*in rechtlich gestattet sind

ja nein

- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

Hinweis 1:

Für Immobiliengeschäfte, Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens ist die erforderliche Form zu beachten (s. 2.1.5. Broschüre „Betreuungsrecht“)

Hinweis 2:

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt die Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto/Depotvollmacht sollte grundsätzlich in der Bank oder Sparkasse unterzeichnet werden; dadurch können etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung ausgeräumt werden.

5. Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen 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 Untervollmacht erteilen

ja nein

8. Betreuungsverfügung

- Sollte trotz dieser Vollmacht eine rechtliche Betreuung über das Amtsgericht erforderlich werden, bitte ich darum, die oben genannten Bevollmächtigten als rechtliche Betreuer/innen zu bestellen oder folgende Personen:

- Die folgend genannten Person/en soll/en **nicht** zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden:

9. Diese Vollmacht gilt für alle Aufgabenbereiche über den Tod hinaus.

10. Weitere Regelungen

Das Dokument ist mit mir durchgesprochen worden, ich habe den Inhalt verstanden und bin mir der Konsequenzen meiner getroffenen Entscheidung bewusst. Ich erteile die vorliegende Vollmacht in völliger Freiheit und nach Absprache mit den Bevollmächtigten. Mir ist die Möglichkeit der Änderung und des Widerrufs der Vollmacht bekannt. Dies gilt auch für meine Bevollmächtigten.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers - 1

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers - 2

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers - 3

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers – 4

Es wird amtlich bestätigt, dass Herr/Frau _____
die Unterschrift eigenhändig und in meiner Anwesenheit geleistet hat.

Herr/Frau _____ ist mir persönlich bekannt/hat sich durch
BPA Nr. _____ vom _____, ausgestellt von
_____ ausgewiesen.

Euskirchen, den _____
Kreis Euskirchen
Der Landrat
Betreuungsbehörde
Im Auftrag:

Beiblatt

Im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, durch die ich nicht in der Lage bin, eigene Entscheidungen zu treffen, bevollmächtige ich widerruflich die oben genannten Person/en mit der Wahrnehmung meiner Interessen und meiner Vertretung gegenüber Dritten. Diese Vollmacht ist nur wirksam im Original. Sie ist als VORSORGEVOLLMACHT zu verstehen.

Bestätigung

Es wird empfohlen, diese Vollmacht ca. alle zwei-drei Jahre mittels der folgenden Zeilen zu bestätigen:

Ich habe heute meine am _____ verfasste Vollmacht erneut gelesen. Sie stellt unverändert meinen aktuellen Willen dar.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Ort, Datum _____

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers