

Hinweis:

Wenn Sie sich bei der Erteilung einer Vollmacht nicht durch einen Notar beraten lassen wollen, können Sie das nachfolgende Formular benutzen. Es empfiehlt sich, die Vorsorgevollmacht von ihrem behandelnden Arzt als Zeugen unterschreiben oder Ihre Unterschrift beglaubigen (z.B. bei der Betreuungsbehörde) zu lassen. Sollten bei Ihnen jedoch familiäre oder sonstige Besonderheiten vorliegen, Sie insbesondere Haus- und Grundeigentum besitzen, empfiehlt sich in jedem Fall ein Notarbesuch.

Sie haben die Möglichkeit, die Vorsorgevollmacht gegen Gebühr beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer eintragen zu lassen. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Bundesnotarkammer
- Zentrales Vorsorgeregister-
Postfach 08 01 51
10001 Berlin
Tel.: 01805/35 50 50
E-Mail: info@vorsorgeregister.de

(Aktualisierung vom 22.01.2018)

VORSORGEVOLLMACHT

Ich,

Name, Vorname:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Anschrift:	
Telefon:	

bevollmächtige gemäß §§ 1896 Absatz 2 Satz 2, 164 ff. BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) hiermit als meine/n Vertreter/in:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Anschrift:	
Telefon:	

Diese Vollmacht ist nach außen unbeschränkt. Im Innenverhältnis zum/zur Vollmachtgeber/in ist der/die Bevollmächtigte verpflichtet, von der Vollmacht nur dann Gebrauch zu machen, wenn der/die Vollmachtgeber/in nicht mehr in der Lage ist, seine/ihre eigenen persönlichen Angelegenheiten selbst zu regeln.

Zum/zur **Ersatzbevollmächtigten** im Falle der länger andauernden Verhinderung oder des Todes des/der Hauptbevollmächtigten bestimme ich:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Anschrift:	
Telefon:	

Der/Die Bevollmächtigte bzw. der/die Ersatzbevollmächtigte kennt den Inhalt dieser Vollmacht und hat eingewilligt, für mich und an meiner Stelle und ohne Einschaltung des Betreuungsgerichtes für den Fall meiner Entscheidungsunfähigkeit Entscheidungen in meinem Sinne zu treffen und auszuführen.

Die Vollmacht soll folgende Aufgabenbereiche umfassen:

1.) Vermögenssorge

Der Bevollmächtigte soll alle vermögensrechtlichen Angelegenheiten für mich besorgen, auch meine Bankangelegenheiten.

(Hinweis: Die Banken verlangen in der Regel eine eigene bzw. eigenständige Bankvollmacht)

JA NEIN

2.) Vertretung bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern

JA NEIN

3.) Vertretung vor Gerichten

Der/Die Bevollmächtigte darf mich gegenüber Gerichten vertreten.

JA NEIN

4.) Öffnen und Entgegennahme der Post

JA NEIN

5.) Aufenthaltsbestimmung

Der Bevollmächtigte darf sich um die Belange meines Aufenthaltes kümmern.

JA NEIN

6.) Regelung von Wohnungsangelegenheiten

Hierzu zählen unter anderem der Abschluss und die Kündigung von Mietverträgen sowie das Auflösen meiner Wohnung.

JA NEIN

7.) Gesundheitsvorsorge

Diese Vollmacht gilt für alle medizinischen Maßnahmen.

JA NEIN

Die Vollmacht umfasst die Entscheidung über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen bei stationärer Behandlung (§ 1906 a BGB) sowie im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente, u.ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB), solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich sind.

JA NEIN

Der/Die Bevollmächtigte darf auch in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 BGB).

JA NEIN

Hinweis:

Für die vorgenannten Maßnahmen im Sinne der §§ 1906 Abs. 1, 3 und 4 und 1904 Abs. 1 BGB bedarf der/die Bevollmächtigte zusätzlich der Genehmigung des Betreuungsgerichtes.

Der/Die Bevollmächtigte darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen, soweit dies meinem aktuellen Willen entspricht (§ 1904 Abs. 2 BGB).

JA NEIN

Der/Die Bevollmächtigte kennt meine „vorsorgliche Verfügung für die medizinische Betreuung“ (**Patientenverfügung**) und wird hiermit verpflichtet, sich an meinen Wünschen und meiner Verfügung zu orientieren.

JA NEIN

Hinweis:

Für die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen im Sinne des § 1901a BGB bedarf der/die Bevollmächtigte der Genehmigung des Betreuungsgerichtes, wenn zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber besteht, dass das Unterlassen oder Beenden der lebensverlängernden Maßnahme dem Willen des Vollmachtgebers entspricht (§ 1904 Abs. 4 BGB).

8.) Diese Vorsorgevollmacht umfasst auch **alle übrigen Angelegenheiten**, soweit diese in der Vollmacht nicht ausdrücklich genannt sind.

JA NEIN

9.) Weitere Regelungen

(z.B. Erlaubnis zur Erteilung von Untervollmachten, Geltung der Vollmacht über den Tod hinaus, etc.)

Ort, Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgeber(s/in)

Raum für Beglaubigungsvermerk
(Stempel, Dienstsiegel)

Zustimmung des/der Bevollmächtigten/Ersatzbevollmächtigten:

Ich kenne den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen:

Ort, Datum,

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

Ort, Datum,

Unterschrift des/der Ersatzbevollmächtigten

Hinweis:

Die Vollmacht ist bereits durch die Unterschrift des geschäftsfähigen Vollmachtgebers gültig. Es empfiehlt sich allerdings die Unterschrift öffentlich beglaubigen zu lassen, da die Vollmacht mit Beglaubigungsvermerk und Dienstsiegel eine größere Akzeptanz erhält (u.a. § 29 Grundbuchordnung). Sollten Sie die Unterschrift nicht beglaubigen lassen, empfiehlt es sich, die Vollmacht zusätzlich von einem Zeugen (ggf. Hausarzt) unterschreiben zu lassen.

Bestätigung des/der Zeugen/in:

Ich bestätige, dass der/die Vollmachtgeber/in diese Vollmacht ohne Zwang und aus freiem Willen eigenhändig unterzeichnet hat:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefon:	

Ort, Datum

Unterschrift des/der Zeugen/Zeugin (ggf. Stempelabdruck)