

Vorsorgevollmacht

Ich,

_____ (Vollmachtgeberin/Vollmachtgeber)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon, Telefax, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

1) _____ (Vollmachtnehmerin/Vollmachtnehmer)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon, Telefax, E-Mail

2) _____ (Vollmachtnehmerin/Vollmachtnehmer)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon, Telefax, E-Mail

3) _____ (Vollmachtnehmerin/Vollmachtnehmer)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift

Telefon, Telefax, E-Mail

mich in allen Angelegenheiten in jeder Hinsicht zu vertreten und meine Rechte zu wahren, ohne dass die nachfolgende - nur beispielhafte - Aufzählung eine Einschränkung bewirkt. Deren Rechtshandlungen sollen die gleiche Wirksamkeit haben, als würde ich sie selbst ausführen. Die Vollmacht soll eine rechtliche Betreuung verhindern.

Jede bevollmächtigte Person ist alleine vertretungsberechtigt.

Ohne Einschränkung der Geltung der Vollmacht im Außenverhältnis gegenüber Dritten bestimme ich im Innenverhältnis, dass von der Vollmacht durch die Bevollmächtigten

- in der obigen Rangfolge Gebrauch gemacht werden soll
- nur Gebrauch gemacht werden soll, wenn ich aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage bin selbst zu handeln

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Diese Vollmacht berechtigt insbesondere

im Bereich der Vermögenssorge

- zur Verfügung über alle meine Vermögensgegenstände, zur Verwaltung meines Vermögens, zum Vermögenserwerb und zur Veräußerung von Vermögen und Grundbesitz
- zur Einziehung von Forderungen und zur Entgegennahme von Zahlungen, Leistungen, Wertpapieren und Wertsachen,
- zur Verfügung über meine Konten, Depots und Safes bei Banken und Sparkassen sowie zur Vertretung in jeglichem Geschäftsverkehr mit diesen.

Hinweise: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie zusätzlich zu dieser Vollmacht die von Ihrer Bank/Sparkasse vorgesehenen Unterlagen unterzeichnen.

Für Grundbuchangelegenheiten und Erbausschlagungen ist mindestens die öffentliche Beglaubigung der Vollmacht notwendig. Die öffentliche Beglaubigung erlischt mit dem Tod der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers.

im Bereich der Gesundheitsfürsorge

- zur Abgabe von allen erforderlichen Erklärungen bei ärztlichen Behandlungen. Ich entbinde das mich behandelnde ärztliche und nichtärztliche Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht, diese darf ihrerseits die mich behandelnden Ärzte und das nicht ärztliche Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden
- zur Einsichtnahme in alle Krankenunterlagen und deren Herausgabe an Dritte
- zur Einwilligung, Ablehnung oder zum Widerruf einer Einwilligung von sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung, auch wenn mit der Durchführung, dem Unterlassen oder dem Abbruch der Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide

Hinweis: Je nach Gefährlichkeit der Maßnahme bedarf diese eventuell der Genehmigung durch das Betreuungsgericht (§ 1829 Abs. 1 BGB), es sei denn, es handelt sich um eine Maßnahme im Rahmen einer Patientenverfügung und zwischen der bevollmächtigten Person und behandelndem ärztlichen Personal besteht Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1829 Abs. 4 BGB festgestellten Willen des Vollmachtgebers entspricht.

- zur Durchsetzung meiner in einer Patientenverfügung festgelegten Wünsche gegenüber behandelndem ärztlichen und nichtärztlichen Personal, nötigenfalls auch mit rechtlichen Mitteln (§ 1827 Abs. 1 BGB).

Freiheitsentziehende Maßnahmen, ärztliche Zwangsmaßnahmen

Sollte ich aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung für mich selbst zur Gefahr werden, so umfasst die Bevollmächtigung auch die Entscheidung über

- eine für mich aus ärztlicher Sicht zwingend erforderliche und mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung (§ 1831 Abs. 1 BGB)
- freiheitsentziehende Maßnahmen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise, wenn ich mich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) oder mich in der eigenen Häuslichkeit befinde.
- eine ärztliche Zwangsmaßnahme (§ 1832 Abs. 1 BGB)
- meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsbehandlung in Betracht kommt (§ 1832 Abs. 4 BGB)

Hinweis: Alle genannten freiheitsentziehenden Maßnahmen/Zwangsmaßnahmen bedürfen der Genehmigung durch das Betreuungsgericht. Die bevollmächtigte Person hat für die Beendigung der Maßnahmen zu sorgen, sobald die Voraussetzungen hierzu entfallen sind (§§ 1831 Abs. 3; 1832 Abs. 3 BGB).

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Die Vollmacht umfasst ausdrücklich auch

- Verträge aller Art in meinem Namen abzuschließen oder aufzulösen, Vergleiche einzugehen, Verzichte zu erklären und Nachlässe zu bewilligen
- mich in allen Erbangelegenheiten und allen Schenkungsangelegenheiten zu vertreten
- alle meine Versorgungs-, Renten- und Steuerangelegenheiten zu regeln und Versorgungsbezüge, Pension, Rente, Sozialhilfe für mich zu beantragen,
- Rechtsstreitigkeiten aller Art für mich als Klägerin oder Kläger sowie Beklagte oder Beklagter durch alle Rechtszüge zu führen, Prozessbevollmächtigte zu beauftragen sowie mich in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Verfahren uneingeschränkt zu vertreten
- die Bestimmung meines Aufenthalts
- den Abschluss und die Kündigung des Mietvertrages meiner Wohnung einschließlich der Wohnungsauflösung und der Verfügung über die Wohnungseinrichtung
- den Abschluss und die Kündigung von Verträgen mit Pflegediensten, Kliniken, Heimen (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz; ehemals Heimvertrag) einschließlich der Bestellung von Sicherungshypotheken für den Sozialhilfeträger
- die Vertretung bei allen öffentlichen Registern
- die Entgegennahme und Öffnung und Bearbeitung meiner, auch elektronischen Post, die Entscheidung über meinen Fernmeldeverkehr und die Abgabe aller damit zusammenhängenden Willenserklärungen
- den Zugriff auf alle meine Daten im Internet, insbesondere Benutzerkonten, unabhängig vom Zugangsmedium, sowie das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen, sowie die Anforderung und Nutzung aller dafür erforderlichen Zugangsdaten
- alle Handlungen, die mit meinem Ableben erforderlich werden, die Entscheidung über die Form meiner Bestattung

(Hier unbedingt Zutreffendes ankreuzen):

Die Vollmacht umfasst

- die Erlaubnis, Untervollmachten zu erteilen ja nein
- die Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB (Insichgeschäft) ja nein

Die Vollmacht ist nur dann wirksam, wenn die Bevollmächtigte/der Bevollmächtigte die Originalvollmacht bei jeder Vertretungshandlung in unmittelbarem Besitz hat.

Sollte ich geschäftsunfähig werden, so erlischt diese Vollmacht nicht.

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Mir ist bekannt, dass der Beglaubigungsvermerk mit meinem Tod erlischt.

Die bevollmächtigte Person hat ihr Handeln an meinen Grundsätzen und Werten zu orientieren, wie ich sie in der Vergangenheit umgesetzt und mit ihr besprochen habe.

Sollte ich keine Weisungen mehr erteilen können, hat sie zu meinen Wünschen so zu handeln, wie ein rechtlicher Betreuer zu handeln verpflichtet ist (§ 1821 BGB).

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Diese Vollmacht soll eine rechtliche Betreuung unnötig machen. Eine Betreuung, die in Unkenntnis dieser Vollmacht eingerichtet worden ist, soll aufgehoben werden. Sollte die Vollmacht zu meiner Vertretung nicht ausreichen oder eine rechtliche Betreuung aus anderen Gründen erforderlich werden, so wünsche ich die bevollmächtigte Person als rechtliche Betreuerin/rechtlichen Betreuer.

Sonstige Regelungen:

Mir ist bekannt, dass ich die Vollmacht jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Beglaubigungsvermerk

Die/Das vorstehende Unterschrift/Handzeichen ist
von _____

wohnhaft

persönlich bekannt/ausgewiesen durch

_____, vor der

Urkundsperson vollzogen/anerkannt worden.

Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

_____, den _____

Urkundsperson Betreuungsbehörde Rhein-Sieg-Kreis

(nicht Zutreffendes bitte streichen)