

# Vorsorgevollmacht

Ich,  
(Name des Vollmachtgebers)

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

bevollmächtige hiermit  
(Name des Bevollmächtigten)

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

mich in allen nachfolgend angekreuzten oder angegebenen Angelegenheiten zu vertreten. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Bevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original vorlegen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

# Ersatzvollmacht

Nur für den Fall der Verhinderung von

Familiennam: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

bevollmächtigte ich  
(Name des Ersatzbevollmächtigten)

Familiennam: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

mich in allen nachfolgend angekreuzten oder angegebenen Angelegenheiten zu vertreten. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte. Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Ersatzbevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der Ersatzbevollmächtigte die Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original vorlegen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Bevollmächtigte hat Entscheidungsbefugnis über nachfolgende Maßnahmen:

## Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Soweit ich eine **Patientenverfügung** erstellt habe, genießt diese **Vorrang** und ist hier zu beachten.

JA NEIN

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einwilligung oder Ablehnung von Untersuchungen und Behandlungen, auch wenn für mich dadurch Lebensgefahr oder schwere bzw. lang anhaltende gesundheitliche Schäden entstehen könnten.</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen nach meinem mutmaßlichen oder in einer Patientenverfügung festgelegten Willen.</li> </ul>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidung über Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entscheidung über meine Unterbringung, auch mit freiheitsentziehender Wirkung, und über freiheitsentziehende Maßnahmen in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist.</li> </ul>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entbindung von der Schweigepflicht:<br/>Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet alle meine behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal, den Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte und nichtärztliches Personal von ihrer Schweigepflicht. Der Bevollmächtigte darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> </ul>  |                          |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> </ul>  |                          |                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____</li> </ul>  |                          |                          |

## Aufenthaltsbestimmung

JA NEIN

- Unterbringung in und Entlassung aus einem Pflegeheim.
- Abschluss und Kündigung eines Vertrags über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen.
- \_\_\_\_\_

## Post- und Fernmeldeverkehr

JA NEIN

- Abholung (oder Entgegennahme), Öffnung und Umleitung meines Postverkehrs.
- Entscheidungen über meinen Fernmeldeverkehr (z. B. Telefon, Fax) und alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Kündigungen, Vertragsabschlüsse).
- Entscheidungen über Internet-, E-Mail- und Pay-TV-Verträge.
- \_\_\_\_\_

## Behörden- und Ämtervertretung

JA NEIN

- Vertretung meiner Person bei Behörden und Leistungsträgern, wie z. B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen, Beihilfestellen, Rententräger.
- \_\_\_\_\_

## Sonstige Vertragsangelegenheiten

JA NEIN

- Verwaltung (einschließlich Abschluss, Kündigung) aller sonstigen Verträge.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# Vorsorgevollmacht

Ich,  
(Name des Vollmachtgebers)

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

bevollmächtige hiermit  
(Name des Bevollmächtigten)

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

mich in allen nachfolgend angekreuzten oder angegebenen Angelegenheiten zu vertreten. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Bevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original vorlegen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

## Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

JA NEIN

- Beauftragung von Rechtsanwälten zur außergerichtlichen oder gerichtlichen Klärung von Rechtsstreitigkeiten.
- Durchführung von Prozesshandlungen.
- \_\_\_\_\_

## Untervollmacht

JA NEIN

- Erteilung von Untervollmachten an andere Personen.

## Transmortale Vorsorgevollmacht

JA NEIN

- Ich wünsche, dass meine Vorsorgevollmacht auch über meinen Tod hinaus gilt.

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Diese Vorsorgevollmacht entspricht weiterhin meinen Wünschen und Vorstellungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

## Betreuung trotz Vorsorgevollmacht

Sollte trotz dieser Vorsorgevollmacht die Bestellung einer Betreuung notwendig werden, möchte ich, dass diese von folgender Person übernommen wird:

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### ersatzweise

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**In keinem Fall wünsche ich, dass folgende Person  
zu meiner Betreuung bestellt wird:**

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

# Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familiename: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

die Vorsorgevollmacht vom \_\_\_\_\_ (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel

---

Ich bestätige, dass der o. g. Verfasser zum Zeitpunkt der Aktualisierung seiner Vorsorgevollmacht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte und geschäftsfähig war.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel