

# Vorsorgevollmacht

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

bevollmächtige hiermit

Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

mich in **allen vermögensrechtlichen und persönlichen Angelegenheiten** zu vertreten. Ihre/Seine Rechtshandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, als wenn ich sie selbst ausführen würde.

Von der Vollmacht sind insbesondere umfasst:

1. Alle finanziellen Angelegenheiten.  
Dazu zählen - nur beispielhaft - das Schließen von Verträgen (auch mit sich selbst, Bsp. Abschluss eines Pflegevertrages), das Bezahlen von Rechnungen, Bankgeschäfte aller Art, das Stellen von Anträgen, Geltendmachen von Ansprüchen usw.
2. Alle gesundheitlichen Angelegenheiten.  
Die/Der Bevollmächtigte darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, auch wenn Gefahr besteht, dass ich dabei sterbe oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Die/Der Bevollmächtigte ist auch zur Entscheidung über Anwendung und Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen (Bsp. künstliche Ernährung) befugt. Die/Der Bevollmächtigte soll dabei meine Wünsche gegenüber Ärzten und Einrichtungen - so wie in meiner Patientenverfügung vom \_\_\_\_\_ niedergelegt - durchsetzen.
3. Bestimmung des Aufenthalts und Wohnungsangelegenheiten, einschließlich Kündigung und Auflösung der bisherigen Wohnung. Die/Der Bevollmächtigte ist auch befugt, über eine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung sowie andere freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Bsp. Bettgitter, Bauchgurt, Beruhigungsmittel) zu entscheiden.
4. Vertretung in allen gerichtlichen und behördlichen Verfahren.
5. Die/Der Bevollmächtigte ist befugt, meine sämtliche Post entgegenzunehmen und zu öffnen.

Als weitere Bevollmächtigte/Bevollmächtigten bevollmächtige ich für den Verhinderungsfall

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Diese Vollmacht ist ab sofort ohne Einschränkungen und Bedingungen wirksam. Die Bevollmächtigung wird durch Vorlage der Originalvollmacht nachgewiesen. Weitere Voraussetzungen bestehen für eine wirksame Vertretung gegenüber Dritten. Meine Vereinbarung mit der/dem Bevollmächtigten, von der Vollmacht nur in dem Fall Gebrauch zu machen, dass ich meine Angelegenheiten krankheits- oder altersbedingt nicht selbst erledigen kann, gilt nur im Innenverhältnis zwischen der/dem bevollmächtigten und mir.

Die Vollmacht soll bestehen bleiben, wenn ich geschäftsunfähig werde. Sie soll auch über meinen Tod hinaus in Kraft bleiben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Vollmachtgebers/in)