



VORSORGEVOLLMACHT

Für den Fall, dass ich auf Grund eines Unfalls, einer Krankheit oder Altersgebrechlichkeit nicht mehr in der Lage bin, meine Geschäfte selbständig zu führen, sollen nachfolgende Personen bevollmächtigt werden, mich entsprechend dieser Vorsorgevollmacht im Sinne einer Generalbevollmächtigung für den Fall der Geschäftsunfähigkeit zu vertreten.

Ich - Vollmachtgeber -

Max		Mustermann
Vorname		Nachname
	01.01.1956	Musterstadt
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
Musterstr. 36		
Straße		
70182	Musterstadt	
PLZ	Ort	

bevollmächtigte als Hauptbevollmächtigte(n) (z.B. der Ehegatte, Lebenspartner, ein volljähriges Kind oder Freund)

Julia		Mustermann
Vorname		Nachname
	18.06.1985	Musterstadt
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
Weiße Gasse 23		
Straße		
12345	Musterstadt	
PLZ	Ort	
02345/12345678	0170/78901234	Mustermann@test.de
Telefon	Mobiltelefon	E-Mailadresse

Als ersatzbevollmächtigte Person benenne ich (z.B. der Ehegatte, Lebenspartner, ein volljähriges Kind oder Freund)

Katrin		Hochsommer
Vorname		Nachname
Mustermann	12.04.1979	Nebenan
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
Steinweg 12		
Straße		
45678	Molzdorf	
PLZ	Ort	
78956/234567	0189/789567	hochsommer_k@test.de
Telefon	Mobiltelefon	E-Mailadresse

mich in allen Vermögens-, Renten- oder Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Rechtsangelegenheiten in jeder denkbaren Richtung auch über den Tod hinaus zu vertreten.

[201002VV]

Die Vollmacht berechtigt insbesondere:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | zur Verwaltung meines Vermögens, |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | zur Verfügung über Vermögensgegenstände, |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input checked="" type="checkbox"/> Nein | zum Vermögenserwerb, |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | zum Abschluss eines Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung, |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | zur Auflösung des Mietverhältnisses über meine Wohnung, |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | zur Beantragung von Renten oder von Versorgungsbezügen oder von Sozialhilfe, |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | zu geschäftsähnlichen Handlungen und zu allen Verfahrenshandlungen. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Schenkungen können in dem Rahmen abgenommen werden, der einem Betreuer gesetzlich gestattet ist. |

Die Vollmacht soll auch für den außervermögensrechtlichen Bereich gelten.

- Ja Nein

Sie berechtigt insbesondere auch zu einer Einwilligung in ärztliche oder sonstige medizinische Maßnahmen, und zwar auch dann, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterben oder einen schweren und lange dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden kann.

- Ja Nein

Ferner ermächtigt diese Vollmacht auch zu einer Einwilligung in meine Unterbringung, auch wenn mit dieser Unterbringung eine Freiheitsentziehung verbunden ist.

- Ja Nein

Sie ermächtigt auch zur Einwilligung in sonstige unterbringungsähnliche Maßnahmen, wie etwa zum freiheitsentziehenden Einsatz von mechanischen Vorrichtungen, Medikamenten und anderen Maßnahmen.

- Ja Nein

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte und deren nichtärztliche Mitarbeiter gegenüber dem Bevollmächtigten von der ärztlichen Schweigepflicht.

- Ja Nein

Diese Vollmacht kann im geschäftsfähigen Zustand widerrufen werden.

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen

Die Vollmacht gilt nur, wenn die für Bevollmächtigte das Original der Vollmacht vorlegen kann.

Die Vollmacht und das hier zugrundeliegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte oder wenn ich nicht mehr lebe.

Der Bevollmächtigte kann im Einzelfall Untervollmacht erteilen.

- Ja Nein

Ich bevollmächtige weiterhin mich neben meinem oben genannten Haupt-/Ersatzbevollmächtigten zu vertreten:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Vorname

Nachname

Straße

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

PLZ

Ort

[201002VV]

Beide Bevollmächtigte können je einzeln handeln.

Ja Nein

Über Grundbesitz können die beiden Bevollmächtigten nur gemeinschaftlich verfügen.

Ja Nein

Jeder Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch die mir gegenüber dem anderen Bevollmächtigten zustehenden Rechte geltend machen, ausgenommen der Widerruf der Vollmacht des anderen.

Ja Nein

Ergänzende Mitteilungen zur Haftung und Honorierung der Bevollmächtigten:

(Wir raten an, die Haftung auf grobe Fahrlässigkeit und Vorsatz zu begrenzen und Regelungen für die Honorierung zu treffen.)

Hinweise zu Formfragen:

Grundsätzlich ist die Vorsorgevollmacht formlos gültig. Die Beurkundung durch einen Notar ist jedoch dann notwendig, wenn diese zum Erwerb, Verkauf oder der Belastung von Immobilien sowie Gesellschaftsanteilen an Kapitalgesellschaften dienen soll. Sparkassen, Banken, Versicherungen und die öffentliche Verwaltung verlangen jedoch oftmals, dass die Vorsorgevollmacht notariell oder amtlich beglaubigt wird. Wir bitten Sie zudem, Ihre Vorsorgevollmacht vorab – im geschäftsfähigen Zustand – Ihrer Hausbank, Ihrer Krankenversicherung, die Ihre Vermögensangelegenheiten betreffen, zur Prüfung vorzulegen, um spätere Streitigkeiten zur Anerkennung zu entgehen.

Ort/Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers/Verfügenden

Freiwilliges Stempelfeld: Rechtsanwalt, Notar, Behörde

Der Verfügende hat angegeben, er hat folgende Verfügungen verfasst (entsprechende Verfügungen bitte ankreuzen)

Patientenverfügung Betreuungsverfügung Organverfügung Trauerverfügung

Damit Ihre Vorsorgeverfügungen gefunden werden!

Die Stiftung VorsorgeDatenbank ist Kooperationspartner der DVZ - Deutsche Verfügungszentrale AG. Zusammen mit unserem Kooperationspartner sorgen wir dafür, dass Ihre Patientenverfügung, Organverfügung, Trauerverfügung von dem berechtigten Krankenhaus/med. Einrichtung/berechtigten Institution, die Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung von dem zuständigen Gericht datengesichert abgefragt werden kann.