



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 - (bitte in Druckschrift ausfüllen)

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vorname		Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		
Straße		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	

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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vorname		Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		
Straße		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Mobiltelefon	

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

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vorname		Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>		
Straße		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	Mobiltelefon	

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



Die Vollmacht berechtigt insbesondere:

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

(wenn ja bitte ausfüllen)

Vorname

Nachname

Straße

PLZ

Ort



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

Meine Rechte (Kontrollfunktion) gegenüber dem Hauptbevollmächtigten soll wahrnehmen:

Vorname

Nachname

Adresse

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 zur Regelung von Grundstücks- und Immobilienangelegenheiten dienen soll. Wir bitten Sie zudem Ihre Vorsorgevollmacht vorab – im geschäftsfähigen Zustand – Ihrer Hausbank und Ihrer Versicherung, die Ihre Vermögensangelegenheiten betreuen, vorzulegen, um späteren Streitigkeiten zur Anerkennung zu entgehen.“

Ort/Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Freiwilliges Stempelfeld: Rechtsanwalt, Notar, Behörde

Der Vollmachtgeber hat bis zum unterschriebenen Datum folgende Verfügungen verfasst: (entsprechende Verfügungen bitte ankreuzen)

Patientenverfügung Betreuungsverfügung Sorgerechtsverfügung
 Organverfügung Trauerverfügung Widerspruchserklärung zur Verhinderung einer ungewollten Organentnahme im Ausland

Damit Ihre Vorsorgeverfügungen gefunden werden!

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