

(Diese Vollmacht tritt erst in Kraft, wenn Sie geschäftsunfähig sind.)

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meine Geschäfte verantwortlich wahrzunehmen, bestelle ich über meinen Tod hinaus zu meinem Bevollmächtigten

Frau/Herrn geb. am

Anschrift

Tel./Fax

Zum Ersatzbevollmächtigten bestelle ich

Frau/Herrn geb. am

Anschrift

Tel./Fax

Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, muss von einem Arzt getroffen und bescheinigt werden. Die/der Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in Angelegenheiten der Gesundheits- und Vermögenssorge zu vertreten. Die Vollmacht umfasst insbesondere (Zutreffendes bitte ankreuzen),

im gesundheitlichen Bereich

- in ärztliche Maßnahmen wie Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlung und ärztliche Eingriffe einzuwilligen oder sie zu verweigern.
 - Das gilt auch für risikoreiche ärztliche Maßnahmen, bei denen die Gefahr besteht, dass ich daran sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Diese Einwilligung bedarf zusätzlich der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1904 BGB).
- meinen Aufenthalt zu bestimmen.
- die Einwilligung zu folgenden schwerwiegenden freiheitsberaubenden Maßnahmen zu erteilen, die ebenfalls zusätzlich der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedürfen (§ 1906 BGB):
 - zu einer Unterbringung mit Freiheitsentziehung, die zu meinem Wohl erforderlich ist, weil auf Grund einer psychischen oder geistigen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Gefahr besteht, dass ich mich töte oder mir erheblichen gesundheitlichen Schaden zufüge oder
 - zu einer Untersuchung des Gesundheitszustands, einer Heilbehandlung oder einem ärztlichen Eingriff, welche(r) ohne Unterbringung nicht durchgeführt werden kann, wenn ich auf Grund der psychischen oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
 - ferner zu freiheitsentziehenden Maßnahmen (z.B. Bettgittern oder Gurten oder Medikamenten mit betäubender Wirkung) in einem Heim oder in seiner sonstigen Einrichtung, wenn durch diese Maßnahmen die Freiheit über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig entzogen werden soll.
- Ich entbinde alle behandelnden Ärzte, das Krankenhauspersonal und Therapeuten von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten. Dieser hat auch das Recht, meine Krankenunterlagen einzusehen.
- Der Bevollmächtigte hat meine gesondert erstellte Patientenverfügung konsequent zu beachten.

im vermögensrechtlichen Bereich

- mein Vermögen treuhänderisch zu verwalten.
- von den auf meinen Namen laufenden Konten bei Geldinstituten Geldbeträge abzuheben oder Überweisungen vorzunehmen, um einen Krankenhausaufenthalt oder den Aufenthalt in einem Pflegeheim einschließlich der durch die Versicherung nicht gedeckten Krankenkosten sowie den laufenden Mietzins für meine Wohnung und sonstige laufende Kosten einschließlich der Kosten für meinen Lebensunterhalt zu bezahlen.
- Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Senioren- oder Pflegeheimen abzuschließen.
- im Falle einer dauernden Unterbringung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern.
- Anträge auf Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung, auf Rente oder sonstige Versorgungsbezüge sowie auf Sozialhilfe zu stellen und erforderlichenfalls auf dem Rechtsweg zu verfolgen.
- für mich die Post entgegenzunehmen und zu öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr zu entscheiden.

Ich ermächtige den Bevollmächtigten, in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht zu erteilen. Das gilt nicht für Angelegenheiten der Gesundheitsorge.

Die Vollmacht dient der Vermeidung einer Betreuung. Sollte für einen weiteren Bereich die gerichtliche Bestellung eines Betreuers notwendig sein, bitte ich ebenfalls, insoweit die/den Bevollmächtigte(n) zum Betreuer zu bestellen.

.....
Datum, Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers

.....
Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Ich/wir bestätige(n), dass Frau/Herr
diese Verfügung im Vollbesitz der geistigen Kräfte unterschrieben hat.

.....
Datum, Unterschrift, Anschrift der Zeugen