



Vorsorgevollmacht



Vorsorgevollmacht

Ich, _____
*Vor- und Zuname (Vollmachtgeber*in)*

geboren am _____
Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Straße und Hausnummer

in _____
Postleitzahl und Wohnort

erreichbar unter _____
Telefon, Fax, E-Mail-Adresse (wenn vorhanden)



bevollmächtigte widerrufen

(nichtzutreffende Felder durchstreichen)

1. _____
Vor- und Zuname (Bevollmächtigte*r)

geboren am _____

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

2. _____
Vor- und Zuname (Bevollmächtigte*r)

geboren am _____

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

3. _____
Vor- und Zuname (Bevollmächtigte*r)

geboren am _____

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

4. _____
Vor- und Zuname (Bevollmächtigte*r)

geboren am _____

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

- ☐ Jede*r Bevollmächtigte ist gleichberechtigt entscheidungsbefugt.
- ☐ Die Vertretungsregelung lautet wie folgt:
Der*Die unter 1. genannte Bevollmächtigte ist Hauptbevollmächtigte*r,
die anderen sind Vertreter*innen in der oben genannten Reihenfolge.

☐ mit sofortiger Wirkung

☐ Im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

☐ Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn oben beschriebener Zustand von einem Arzt* einer Ärztin bescheinigt wird.

Diese Vertrauensperson(en) wird/werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden unterschrieben oder angegeben habe.

Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete rechtliche Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit

1.1 Sie dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie sollen meinen Willen ermitteln, äußern und durchsetzen.

☐ ja/ ☐ nein

1.2 Sie dürfen insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Sie dürfen auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden von Maßnahmen erteilen oder eine erteilte Einwilligung widerrufen (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB).¹

☐ ja/ ☐ nein

¹ Besteht zwischen der bevollmächtigten Person und dem behandelnden Arzt* der behandelnden Ärztin kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten* der Patientin (Vollmachtgeber*in) entspricht, hat die bevollmächtigte Person eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

1.3 Solange es erforderlich ist, dürfen sie

- über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§1831 Absatz 1 BGB)² ☐ ja/ ☐ nein
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB)² ☐ ja/ ☐ nein
- über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB)² ☐ ja/ ☐ nein
- über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB)² ☐ ja/ ☐ nein

entscheiden.

1.4 Sie dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte*Ärztinnen und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht.

☐ ja/ ☐ nein

1.5 Weitere Regelungen:

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- 2.1** Sie dürfen meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. ☐ ja/ ☐ nein
- 2.2** Sie dürfen einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. ☐ ja/ ☐ nein
- 2.3** Sie dürfen einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz abschließen und kündigen. ☐ ja/ ☐ nein
- 2.4** Sie dürfen mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. ☐ ja/ ☐ nein

3. Behörden

- 3.1** Sie dürfen mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern und anderen Institutionen, inklusive datenschutzrechtlicher Einwilligung vertreten.³ ☐ ja/ ☐ nein

² In diesen Fällen hat die bevollmächtigte Person eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB sowie § 1832 Abs. 2 und 5 BGB).

³ Zur Beantragung eines Reisepasses ist die bevollmächtigte Person nur dann befugt, wenn die Vollmacht öffentlich beglaubigt wurde.

4. Vermögenssorge

4.1 Sie dürfen mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich:⁴

☐ ja/ ☐ nein

4.1.1 über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen.

☐ ja/ ☐ nein

4.1.2 Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

☐ ja/ ☐ nein

4.1.3 Verbindlichkeiten außerhalb des alltäglichen Geschäftes (Darlehen) eingehen.

☐ ja/ ☐ nein

4.1.4 Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben und Vertretung im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten.

☐ ja/ ☐ nein

4.1.5 Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem* einer gerichtlich bestellten Betreuer*in gestattet ist.

☐ ja/ ☐ nein

4.1.6 Die Vollmachtnehmer*innen sind von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit, sie dürfen Rechtsgeschäfte mit sich selbst vornehmen.

☐ ja/ ☐ nein

4.1.7 Folgende Geschäfte sollen sie nicht wahrnehmen können:

5. Post- und Fernmeldeverkehr

5.1 Sie dürfen die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden und alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr.

☐ ja/ ☐ nein

⁴ Für einzelne Rechtsgeschäfte kann eine notarielle Beurkundung oder öffentliche Beglaubigung notwendig sein:

- Erklärung gegenüber dem Handelsregister
- Erbausschlagung
- Immobilien-/Grundstückgeschäfte
- Aufnahme eines Verbraucherdarlehens
- Handelsgewerbe
- Führung einer Personenhandelsgesellschaft oder GmbH als Gesellschafter*in

5.2 Digitale Medien

Sie dürfen unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern, Cloudlösungen), zugreifen und haben das Recht, zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie dürfen sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

☐ ja/ ☐ nein

6. Vertretung vor Gericht

6.1 Sie dürfen mich vor Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen sowie für meine Rechtsvertretung Vollmachten (Mandate) erteilen.

☐ ja/ ☐ nein

7. Untervollmacht

7.1 Sie dürfen in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

☐ ja/ ☐ nein

7.2 Sie dürfen Untervollmachten zur Beauftragung eines Rechtsanwalts* einer Rechtsanwältin oder eines* einer sonstigen, prozessberechtigten rechtlichen Vertreters* Vertreterin eines Vereins oder sonstigen Vereinigung (z.B. Sozialverband, Arbeitnehmervertretung) zur ausschließlichen Wahrnehmung meiner Interessen im Rahmen dieser Vorsorgevollmacht erteilen.

☐ ja/ ☐ nein

8. Entbindung von Schweigepflichten

8.1 Ich entbinde jede Person oder Stelle von ihren Schweigepflichten jedweder Art gegenüber meiner/meinen bevollmächtigten Vertrauensperson(en).

☐ ja/ ☐ nein

9. Geltung über den Tod hinaus

9.1 Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben.

☐ ja/ ☐ nein

10. Betreuungsverfügung

10.1 Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete(n) Vertrauensperson(en) als Betreuer*in(nen) zu bestellen.

☐ ja/ ☐ nein

11. Hinterlegung

Im zentralen Vorsorgeregister (Bundesnotarkammer)
habe ich folgende Dokumente hinterlegt:

Vorsorgevollmacht..... ☐ ja/ ☐ nein

Patientenverfügung..... ☐ ja/ ☐ nein

Betreuungsverfügung..... ☐ ja/ ☐ nein

Ehegattenwiderspruch..... ☐ ja/ ☐ nein

12. Zusatzvereinbarungen

☐ ja/ ☐ nein

Folgende Zusatzvereinbarungen bestehen:

13. Haftung

Die grundsätzlich auch leichte Fahrlässigkeit umfassende Haftung der bevollmächtigten Person(en) für Fehler insbesondere bei der Vermögensverwaltung soll beschränkt sein.

☐ ja/ ☐ nein

Wenn ja, dann wie folgt (nur eine Variante mit „ja“ ankreuzen):

☐ Die Haftung der bevollmächtigten Person(en) beschränkt sich auf Vorsatz.
oder

☐ Die Haftung der bevollmächtigten Person(en) beschränkt sich auf Vorsatz
und grobe Fahrlässigkeit.



Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden. Die Erläuterungen und Hinweise zu den einzelnen Bereichen und die wichtigen Hinweise habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich weiß, dass diese Bestandteil dieser Vorsorgevollmacht sind. Die vorliegende Vollmacht erteile ich in völliger Freiheit und nach Absprache mit dem*der/den von mir Bevollmächtigten.

Ort / Datum

*Unterschrift Vollmachtgeber*in*

*Unterschrift Bevollmächtigte*r (1)*

*Unterschrift Bevollmächtigte*r (2)*

*Unterschrift Bevollmächtigte*r (3)*

*Unterschrift Bevollmächtigte*r (4)*

*Unterschrift Zeuge*Zeugin*

Kontaktdaten

*Vor- und Zunahme (Zeuge*Zeugin)*

*Straße und Hausnummer (Zeuge*Zeugin)*

*Postleitzahl und Wohnort (Zeuge*Zeugin)*

*(Der Zeuge*die Zeugin bestätigt, dass der*die Vollmachtgeber*in seine*ihre Unterschrift eigenhändig und in Gegenwart des Zeugen*der Zeugin geschrieben hat. Sofern der Zeuge*die Zeugin, Hausarzt*Hausärztin oder ein*e sonstige*r Mediziner*in ist, bestätigt er*sie ferner, dass der*die Vollmachtgeber*in zum Zeitpunkt der Unterzeichnung geschäftsfähig war. Die Unterschrift eines Zeugen*einer Zeugin ist nicht zwingend, wird jedoch empfohlen.)*

Wichtige Hinweise zur Vorsorgevollmacht

1. Mein*e Bevollmächtigte*r ist an meine Wünsche und Vorstellungen gebunden - unabhängig davon, ob ich sie schriftlich oder mündlich geäußert habe und zu welchem Zeitpunkt dies geschah. Er*Sie ist daran auch dann gebunden, wenn ich diese Wünsche im Zustand der Geschäftsunfähigkeit, also nach Inkrafttreten dieser Vollmacht, äußere. Er*Sie darf von meinen Wünschen und Vorstellungen nur abweichen, wenn ich daran erkennbar nicht mehr festhalten will, oder wenn ein wichtiger Grund vorliegt.
2. Diese Vorsorgevollmacht berechtigt nicht zu Haus- und Grundstücksgeschäften, zum Beispiel zum Verkauf eines Hauses oder einer Eigentumswohnung. Insoweit ist eine notarielle Vollmacht erforderlich.
3. Ob und unter welchen Bedingungen diese Vorsorgevollmacht von Kreditinstituten anerkannt wird, ist ungewiss. Wir empfehlen, dass Sie sich mit Ihrem Kreditinstitut persönlich unter Vorlage dieser Vorsorgevollmacht in Verbindung setzen.
4. Der Widerruf dieser Vorsorgevollmacht ist jederzeit möglich. In diesem Fall empfehlen wir, das Original der Vorsorgevollmacht zu vernichten und eine neue Vorsorgevollmacht zu erteilen.
5. Wenn die Vorsorgevollmacht durch die ärztliche Bescheinigung in Kraft gesetzt wurde, und der*die Bevollmächtigte das Original dieser Vorsorgevollmacht einem Dritten, zum Beispiel einem Kreditinstitut, vorlegt, so gilt sie gegenüber diesem Dritten nach dem Gesetz so lange, bis ihm ein Widerruf der Vorsorgevollmacht zugeht. Es ist nicht nötig, das Original der Vorsorgevollmacht immer wieder neu vorzulegen.
6. Durch die Erteilung dieser Vorsorgevollmacht verhindern Sie in aller Regel, dass für Sie ein gerichtlicher Betreuer*in bestellt wird. Sofern trotz dieser Vorsorgevollmacht die Bestellung eines Betreuers bzw. einer Betreuerin erforderlich ist, wird das Gericht in aller Regel die von Ihnen in der Vorsorgevollmacht benannten Person(en) zu Ihren Betreuern bestellen.
7. Der*Die Bevollmächtigte muss in folgenden Fällen unter Umständen eine gerichtliche Genehmigung einholen:
 - Wenn ich (vorübergehend) geschlossen untergebracht werden muss, um psychiatrisch behandelt zu werden.
 - Wenn für mich freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie z.B. ein Bettgitter, erforderlich sind.
 - Wenn eine besonders riskante Operation durchgeführt werden soll, die eventuell zu meinem Tode, oder zu einem länger andauernden erheblichen gesundheitlichen Schaden führen kann.

Nähere Auskunft erteilt das Amtsgericht Ihres Wohnorts.

Angelehnt an folgende Herausgeber: Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz





AWO Kreisverband Neubrandenburg-Ostvorpommern e.V.
Geschäftsstelle
Feldmark 1
17034 Neubrandenburg
Telefon: (0395) 7775 62 - 0
Telefax: (0395) 7775 62 -11
E-Mail: info@awo-nbovp.de

Betreuungsbüro Neustrelitz
AWO Kreisverband Neubrandenburg-Ostvorpommern e.V.
Karbe-Wagner-Straße 2
17235 Neustrelitz
Telefon: (03981) 4497 - 04
Telefax: (03981) 4497 - 05

Betreuungsbüro Neubrandenburg
AWO Kreisverband Neubrandenburg-Ostvorpommern e.V.
Juri-Gagarin-Ring 29
17036 Neubrandenburg
Telefon: (0395) 351 75 - 210
(0395) 351 75 - 211
Telefax: (0395) 351 75 - 214