



Vorsorgevollmacht



Vorwort

Dieses Formular für eine Vorsorgevollmacht wurde von der Hospizarbeit im Ev. Johanneswerk erarbeitet. Es beruht auf den gesetzlichen Grundlagen und den persönlichen Erfahrungen sowie auf beruflichen Kenntnissen, die Vorstand und Kuratorium des Vereins, Ärzte und Juristen sowie Ehrenamtliche und in der Sterbegleitung erfahrene Vereinsmitglieder eingebracht haben. Dabei war für diesen Vorschlag ein christliches Menschenbild leitend.

Inhalt

I. Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist in drei Unterpunkte gegliedert.

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten
2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten
3. Untervollmacht / Befreiung von § 181 BGB

Sie können eine Vollmacht für die persönlichen Angelegenheiten und die Vermögensangelegenheiten erteilen, oder aber unterschiedliche Bevollmächtigte für die verschiedenen Bereiche ernennen. Wichtig ist in jedem Fall, dass der jeweils Bevollmächtigte das Original der Vollmacht besitzt und auf Anfrage vorlegen kann.

II. Betreuungsverfügung

III. Regelungen im Innenverhältnis gegenüber dem Bevollmächtigten

IV. Zeugen

I. Vorsorgevollmacht von:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

Anschrift _____

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten

Mein Bevollmächtigter ist zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten uneingeschränkt befugt. Ich bevollmächtige folgende Person:

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon des/der Bevollmächtigten)

als meinen Vertreter/meine Vertreterin. Eine notarielle Bestätigung halte ich nicht für erforderlich.

Diese Vollmacht umfasst die Befugnisse gem. §§ 1904, 1906 BGB (ggf. mit Genehmigung des Betreuungsgerichtes)

(nachfolgend Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen)

- zur Entscheidung in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge und zu allen Einzelheiten einer ambulanten und/oder stationären Pflege.
- zur Einwilligung in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen, auch wenn sie unter Umständen zu gesundheitlichen Schäden oder zum Tod führen können.
- die Einwilligung zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen.
- die Einwilligung zum Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen.
- zur Einsicht in die Krankenunterlagen und zur Bewilligung von deren Herausgabe an Dritte soweit dies zu meiner Behandlung und Weiterbehandlung erforderlich ist; dazu entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen und Pflegende gegenüber meinem Vertreter/meiner Vertreterin von der Schweigepflicht.

- zur Bestimmung über meinen Aufenthalt, gegebenenfalls auch über den Umzug in in eine stationäre Einrichtung der Altenpflege.
- zur Entscheidung über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung oder über freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z.B. Bettgitter) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung, soweit dies zu meinem Wohl und zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens erforderlich ist.
- Der/die Bevollmächtigte kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelgt habe.



(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in)

Eine Vorsorgevollmacht kann von mir jederzeit widerrufen und zurückgefordert werden. Absprachen zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem in ihrem Innenverhältnis (z.B. Vergütungsvereinbarungen) obliegen der eigenen Verantwortung.

Bevollmächtigte/r für persönliche Angelegenheiten

(Die Unterschrift des/der Bevollmächtigten ist nicht erforderlich und ist rechtlich unverbindlich, mit ihr soll lediglich die Kenntnisnahme und die Bereitschaft zur Übernahme der Vertrauensstellung dokumentiert werden.)

Sobald der/die Verfasser/in infolge Krankheit oder Behinderung seine/ihre eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann, bin ich ohne rechtliche Verpflichtung bereit, im vorbezeichneten Umfang als sein/ihr rechtsgeschäftlicher Vertreter/in für ihn/sie und an seiner/ihrer Stelle zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit aufgeben oder widerrufen kann.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der/des Bevollmächtigten)

Weitere Bevollmächtigte (in folgender Reihenfolge)

1. _____

2. _____

3. _____

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon des/der Bevollmächtigten)

(Ort und Datum)

(Unterschrift der/des Vollmachtgebers/in)

2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten

Mein Bevollmächtigter ist zu meiner Vertretung in Vermögensangelegenheiten bevollmächtigt.

- Ich bevollmächtige auch insoweit die bereits zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten genannte Person.
- Ich bevollmächtige folgende Person:

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon des/der Bevollmächtigten)

- unbeschränkt und umfassend

beschränkt auf folgende Bereiche:

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen)

- Wahrnehmung von Rechten und Pflichten aus einem eventuellen Mietvertrag einschließlich der Kündigung und Haushaltsauflösung
- Entgegennehmen und Öffnen meiner Post
- Alle Regelungen des Post- und Fernmeldeverkehrs einschließlich des Schließens und Kündigens von Verträgen
- Vertretung gegenüber Behörden, Gerichten, Versicherungen, Renten- und Sozialversicherungsträgern
- Verwaltung des Vermögens einschließlich der Befugnis zur Vornahme aller damit einhergehenden Rechtshandlungen

Hinweise:

- Banken akzeptieren eine Bevollmächtigung grundsätzlich nur dann, wenn sie ihnen unmittelbar vom Vollmachtgeber angezeigt oder notariell bestätigt wurde.
- Bei Immobiliengeschäften und Handelsgewerben kann die notarielle Form der Vollmacht erforderlich sein. Insbesondere dazu sollten Sie sich gesondert beraten lassen.



Die Wirkung der Vollmacht reicht über den Tod des Vollmachtgebers hinaus

Ja (sie gilt bis zum Widerruf durch den Erben)

Nein (sie erlischt mit dem Zeitpunkt des Todes)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in)

Bevollmächtigte/r in Vermögensangelegenheiten

(Die Unterschrift des/der Bevollmächtigten ist nicht erforderlich und ist rechtlich unverbindlich, mit ihr soll lediglich die Kenntnisnahme und die Bereitschaft zur Übernahme der Vertrauensstellung dokumentiert werden.)

Sobald der/die Vollmachtgeber/in infolge von Krankheit oder Behinderung seine/ihre eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann, bin ich ohne rechtliche Verpflichtung bereit, im oben bezeichneten Umfang als sein/ihr rechtsgeschäftlicher Vertreter/in für ihn/sie und an seiner/ihrer Stelle zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit aufgeben oder widerrufen kann.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Bevollmächtigten)

Weitere Bevollmächtigte (in folgender Reihenfolge)

1. _____

2. _____

3. _____

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon des/der Bevollmächtigten)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Vollmachtgebers/in)

3. Entbindung von der Schweigepflicht

In allen Angelegenheiten ist jeder Bevollmächtigte befugt, meine Rechte gegenüber Ärzten, Kliniken, Pflegeheimen etc. sowie behandelnden Personen wahrzunehmen. Darüberhinaus alle nötigen Auskünfte und Informationen zu verlangen, Einsicht in meine Krankenakten zu nehmen und die Entscheidungen über Untersuchungen, Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe zu treffen. Die Betroffenen werden dazu insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden.

4. Untervollmacht / Befreiung von § 181 BGB / Widerruf

- a) Der Bevollmächtigte kann, soweit rechtlich zulässig, Untervollmachten erteilen und dabei diese Vollmacht ganz oder teilweise auf Dritte übertragen. Dies gilt für:

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> Ja |
| | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten | <input type="checkbox"/> Ja |
| | <input type="checkbox"/> Nein |

b) Von den Beschränkungen des § 181 BGB (Verbot des Insichgeschäfts) ist der Bevollmächtigte in den Vermögensangelegenheiten befreit, so dass er befugt ist, Rechtsgeschäfte im Namen des Vollmachtgebers mit sich selbst oder als Vertreter eines Dritten vorzunehmen.

Ja

Nein

c) Jede der mit diesem Dokument erteilten Vollmachten ist jeweils einzeln jederzeit widerruflich, nicht jedoch durch etwaig gerichtlich bestellte Nachlassverwalter oder -pfleger und auch nicht durch gerichtlich bestellte Betreuer, es sei denn, es handelt sich um einen vom Gericht trotz der vorliegenden Vollmacht bestellten (Kontroll-)Betreuer. Sie kann auch von dem jeweiligen Bevollmächtigten gegenüber den weiteren Bevollmächtigten widerrufen werden, nicht jedoch durch die weiteren Bevollmächtigten gegenüber dem jeweilig vorrangig Bevollmächtigten.

II. Betreuungsverfügung

Soweit trotz der vorstehenden Vollmachtserteilung eine gesetzliche Vertretung erforderlich werden sollte, bitte ich das Amtsgericht – Betreuungsgericht – folgende Person als Betreuer/in zu bestellen:

meine Vorsorgebevollmächtigte/meinen Vorsorgebevollmächtigten

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon des/der Verfügenden)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Verfügenden)

Folgende Person/en sollte/n auf keinen Fall als Betreuer bestellt werden:

III. Regelungen im Innenverhältnis gegenüber der/dem Bevollmächtigten

Im Innenverhältnis gegenüber dem Bevollmächtigten – und damit ohne Einfluss auf die Verwendung der Vollmacht gegenüber Geschäftspartnern (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Bank, weitere Beteiligte) – bestimme ich:

- a) Der Bevollmächtigte wird angewiesen, von der Vollmacht erst dann Gebrauch zu machen, wenn der Vorsorgefall eintritt (Geschäftsunfähigkeit bzw. Betreuungsbedürftigkeit)
- b) die weiteren Bevollmächtigten werden angewiesen, von der ihnen erteilten Vollmacht erst dann Gebrauch zu machen, wenn der Bevollmächtigte stirbt oder aus anderen Gründen die ihm erteilte Vollmacht ganz oder zeitweise nicht ausüben kann oder nicht ausüben möchte.
- c) Der jeweilige Bevollmächtigte ist verpflichtet, sich in Fragen zur Gesundheitsfürsorge an meinem Willen zu orientieren und hat sich vor allem an eine von mir verfasste Patientenverfügung zu halten. Bei offensichtlichen Abweichungen von meiner Patientenverfügung soll er/sie vom Betreuungsgericht kontrolliert werden können.

Mit ist bekannt, dass das Handeln des/der Bevollmächtigten sofort wirksam ist, wenn er/sie im Besitz der Vollmachtsurkunde ist. Die Einhaltung der im Innenverhältnis erteilten Weisungen sind vom Geschäftspartner nicht zu prüfen. Ich

habe das Vertrauen zu meinen Bevollmächtigten, dass sie sich an diese Vorgaben halten. Die Bevollmächtigten wissen, dass sie sich bei Vollmachtsmissbrauch gegebenenfalls strafbar machen.

IV. Zeugen

(Die Unterschrift von Zeugen ist für die Wirksamkeit der Vollmachten bzw. der Verfügung nicht erforderlich, aber zu empfehlen, um die Beweiskraft zu erhöhen. Eine Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit kann z. B. durch einen Arzt erfolgen.)

Der Zeuge/Die Zeugin erklärt:

Ich habe mich davon überzeugt, dass der/die Verfügende bei der Abfassung/Besprechung dieser Erklärung/en frei in seiner/ihrer Entscheidung war und bei klarem Verstand.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Zeugen/in)

(Ort und Datum)

(Unterschrift des/der Zeugen/in)



Hospizarbeit im Ev. Johanneswerk

Schildescher Straße 101-103, 33611 Bielefeld

Tel. 0521 801-26 60 und -26 62

E-Mail: hospizarbeit@johanneswerk.de

www.johanneswerk.de/hospizarbeit

Spenden

Unsere Arbeit ist kostenfrei.

Ihre Spende hilft uns, Angebot und Qualität zu erhalten.

Unser Spendenkonto:

Verein zur Förderung der Hospizarbeit im Ev. Johanneswerk e.V.

Sparkasse Bielefeld

IBAN: DE56 4805 0161 0066 0102 99

BIC: SPBIDE3BXXX

