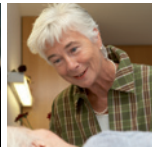
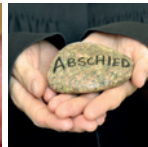
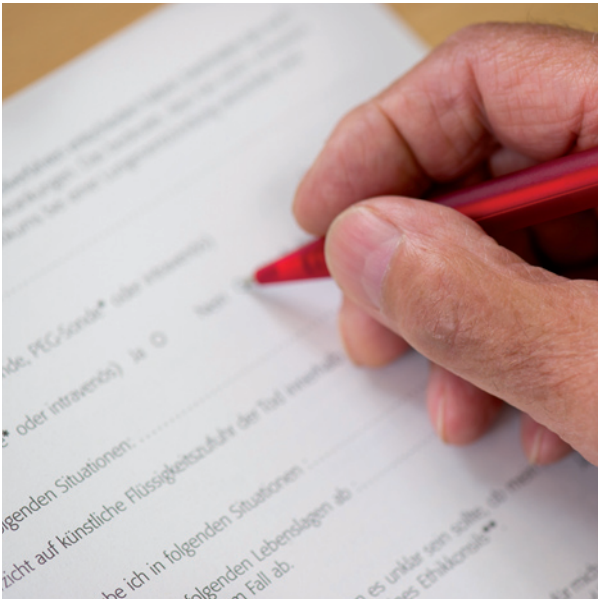


Vorsorgevollmacht



Vorwort

Dieses Formular für eine Vorsorgevollmacht wurde von dem Kuratorium des Vereins zur Förderung der Hospizarbeit im Ev. Johanneswerk erarbeitet. Es beruht auf den gesetzlichen Grundlagen und den persönlichen Erfahrungen sowie auf beruflichen Kenntnissen, welche die Mitglieder des Kuratoriums – Ärzte, Theologen und Juristen sowie Ehrenamtliche und in der Sterbebegleitung erfahrene Personen – eingebracht haben. Dabei war für diesen Vorschlag ein christliches Menschenbild leitend.

Vorsorgevollmacht von

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Inhalt

I. Vorsorgevollmacht

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten
2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten
3. Entbindung von der Schweigepflicht
4. Untervollmacht / Befreiung von § 181 BGB / Widerruf

II. Betreuungsverfügung

III. Regelungen im Innenverhältnis gegenüber dem Bevollmächtigten

IV. Zeugen

I. Vorsorgevollmacht

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.

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten

Mein Bevollmächtigter ist zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten uneingeschränkt befugt. Ich bevollmächtige nachstehende Person als meinen Vertreter/meine Vertreterin. Eine notarielle Bestätigung halte ich nicht für erforderlich.

Name, Vorname

Anschrift

Telefon / E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Diese Vollmacht umfasst die Befugnisse gemäß §§ 1904, 1906 BGB, **ggf. mit Genehmigung des Betreuungsgerichts**,

(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 Pflegenden gegenüber meinem Vertreter/meiner Vertreterin von der Schweigepflicht.
- zur Bestimmung über meinen Aufenthalt, gegebenenfalls auch über den Umzug 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 ist ausdrücklich auch befugt, in eine ärztliche Zwangsmaßnahme und eine damit gegebenenfalls verbundene zwangsweise Verbringung zu einem stationären Klinikaufenthalt gegen meinen natürlichen Willen einzuwilligen, wenn ich aufgrund einer psychischen oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht mehr erkennen kann.
- Der/die Bevollmächtigte kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben, wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe.

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.

Weitere Bevollmächtigte in folgender Reihenfolge:

1. _____

2. _____

3. _____

Name, Vorname, Anschrift

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

Bevollmächtigte/r für persönliche Angelegenheiten

Anmerkung: 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 des/der Bevollmächtigten

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

- 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 einhergehender 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.

Weitere Bevollmächtigte in folgender Reihenfolge:

1. _____

2. _____

3. _____

Name, Vorname, Anschrift

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

Bevollmächtigte/r in Vermögensangelegenheiten

Anmerkung: 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

3. Entbindung von der Schweigepflicht

In allen Angelegenheiten ist jeder Bevollmächtigte befugt, meine Rechte gegen über Ärzten, Kliniken, Pflegeheimen etc. sowie behandelnden Personen wahrzunehmen, darüber hinaus 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.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

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.

- | |
|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> 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.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

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

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

Ort und Datum

Unterschrift des/der Verfügenden

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.

Mir 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 ist 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 Vollmachtmissbrauch gegebenenfalls strafbar machen.

IV. Zeugen

Anmerkung: 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 und bei klarem Verstand war.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Zeugen/in

Ort und Datum

Unterschrift des/der Zeugen/in

Verein zur Förderung der Hospizarbeit im Ev. Johanneswerk

Schildescher Straße 101

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

Sparkasse Bielefeld

IBAN: DE56 4805 0161 0066 0102 99

BIC: SPBIDE3BXXX



Stand: 7. überarbeitete Auflage Oktober 2018