

Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich

Vorname, Name

Anschrift

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten zeitweise oder dauerhaft nicht mehr selbst besorgen oder regeln kann, ohne Zwang und aus freiem Willen die folgende Vollmacht der/den folgenden Person(en).

1) Vorname, Name

Anschrift

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

2) Vorname, Name

Anschrift

Telefon

Geburtsdatum

Geburtsort

wird/werden bevollmächtigt, mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich, soweit gesetzlich zulässig, zu vertreten.

Die Bevollmächtigten können **nur gemeinsam** auftreten / **auch unabhängig voneinander** auftreten (nicht Zutreffendes streichen).

Die unter 2) aufgeführte Person vertritt die unter 1) genannte Person bei **Abwesenheit** oder **Verhinderung** (nicht Zutreffendes streichen).

In vermögensrechtlichen Angelegenheiten umfasst die Vollmacht die Besorgung meiner laufenden Geschäfte, die Verwaltung meiner Einkünfte, die Abwicklung von Bankgeschäften, Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Krankenkasse, Finanzamt und Gericht.

Diese Vollmacht gilt ebenfalls für die medizinische Versorgung und Behandlung, soweit ich selbst dazu nicht im Stande bin. Die bevollmächtigte(n) Person(en) kann (können) Verträge jeder Art mit Kliniken und Alten- und Pflegeheimen abschließen, einseitige Erklärungen abgeben und entgegennehmen oder sonst meinen Aufenthaltsort bestimmen. Insbesondere wird dem/den Bevollmächtigten die Befugnis übertragen, anstelle der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers (nicht Zutreffendes streichen) in freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen einzuwilligen. Müssen die Bevollmächtigten über schwerwiegende Heilbehandlungsmaßnahmen nach § 1904 BGB oder über freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 BGB entscheiden, bedürfen sie dazu einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung (dazu Formular Betreuungsvollmacht). Die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte sind gegenüber dem/den Bevollmächtigten von der Schweigepflicht entbunden.

Die Vollmacht soll **auch über meinen Tod hinaus / nicht über meinen Tod hinaus** (nicht Zutreffendes streichen) Gültigkeit haben.

Wohnort

Datum

eigenhändige Unterschrift

Die eigenhändige Unterschrift der/des Vollmachtgeberin / Vollmachtgebers wird hiermit beglaubigt.

(Siegel / Unterschrift des Notars)