Vollmacht

Ich

.....

(Name, Vorname) **(Vollmachtgeber/in)**

.....

(Geburtsdatum)

.....

(Straße)

.....

(Postleitzahl und Ort)

.....

(Telefon, Telefax)

.....

(E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

.....

(Name, Vorname) **(bevollmächtigte Person)**

.....

(Geburtsdatum)

.....

(Straße)

.....

(Postleitzahl und Ort)

.....

(Telefon, Telefax)

.....

(E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher 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.

Formular Vollmacht · Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen
Stand: Januar 2018

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

  ☐ Ja ☐ Nein

- Sie darf insbesondere in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). Die Vollmacht umfasst somit auch die Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen.

  ☐ Ja ☐ Nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

  ☐ Ja ☐ Nein

- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Abs. 1 BGB) und über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Abs. 4 BGB) entscheiden.

  ☐ Ja ☐ Nein

  Hinweis: Die vom Bevollmächtigten beabsichtigten Zwangsmaßnahmen bedürfen der Genehmigung durch das zuständige Betreuungsgericht.

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.

  ☐ Ja ☐ Nein

- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

  ☐ Ja ☐ Nein

- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

  ☐ Ja ☐ Nein

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Beratungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

  ☐ Ja ☐ Nein

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

  ☐ Ja ☐ Nein

Vermögenssorge

- Sie darf 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,

  ☐ Ja ☐ Nein

  namentlich

- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,

  ☐ Ja ☐ Nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,

  ☐ Ja ☐ Nein

- Verbindlichkeiten eingehen,

  ☐ Ja ☐ Nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis).

  ☐ Ja ☐ Nein

  Hinweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

  ☐ Ja ☐ Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

.....

.....

.....

.....

Post und Fernmeldeverkehr

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

  ☐ Ja ☐ Nein

Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

☐ Ja ☐ Nein

Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.

☐ Ja ☐ Nein

Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung") erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

☐ Ja ☐ Nein

Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus

☐ Ja ☐ Nein

weitere Regelungen

.....

.....

.....

.....

(Ort, Datum)	(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin)
(Ort, Datum)	(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)

Beglaubigungsvermerk

z. B. durch die örtliche Betreuungsbehörde

Hinweis: Wegen der grundsätzlich zu empfehlenden Registrierung der Vollmacht im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer vgl. Sie bitte die Erläuterungen auf Seite 11 dieser Broschüre.

HINWEISKARTE
Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Bitte schneiden Sie diese Karte aus und kreuzen Sie an, ob Sie über eine Vorsorgevollmacht, über eine Patientenverfügung oder beides verfügen. Tragen Sie bitte alle nötigen Angaben ein.

Je konkreter Sie vermerken, wer zu den Originalen dieser Dokumente Zugang hat, desto schneller kann im Ernstfall Ihr Wille berücksichtigt werden.

Tragen Sie diese Karte möglichst immer bei sich!

← In der Mitte falten

HINWEISKARTE
Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Name, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Straße:

Ort:

Telefonnummer:

Ich habe eine ☐ Vorsorgevollmacht
☐ Patientenverfügung

Druck:
jva druck+medien, Geldern
www.jva-geldern.nrw.de

Justiz-ONLINE PRINT
aktuell, kompetent & zügig