

VORSORGEVOLLMACHT

Sollte ich _____, geb. am _____ Wohnhaft in _____ aufgrund einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr für mich selbst besorgen können, so bevollmächtige ich folgende Personen, mich in den folgenden aufgeführten Angelegenheiten zu vertreten und Entscheidungen für mich und an meiner Stelle zu treffen und diese auszuführen.

Name, Vorname	wohnhaft	Telefon
---------------	----------	---------

Sollte die bezeichnete Person an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein oder sich weigern die Verantwortung zu übernehmen, so bestimme ich an deren Stelle einen Ersatzbevollmächtigten.

Name, Vorname	wohnhaft	Telefon
---------------	----------	---------

Die Vollmacht, die dem Bevollmächtigten weitgehende und umfassende Befugnisse einräumt, umfasst insbesondere folgende Maßnahmen (bitte einzelne Punkte streichen, falls nicht gewünscht, bzw. hinzufügen)

a) Im vermögensrechtlichen Bereich übertrage ich dem Bevollmächtigten folgende Rechte:

- Die Befugnis, von den auf meinen Namen lautenden Konten bei Banken oder Sparkassen Geldbeträge abzuheben, um meinen Lebensunterhalt zu bestreiten.
- Die Befugnis, für den Fall einer dauernden Unterbindung meine Wohnung aufzulösen, das Mietverhältnis zu kündigen und die Wohnungseinrichtung zu veräußern. Soweit testamentarisch bestimmte Gegenstände meinen Erben vermacht worden sind, sind diese Gegenstände zurückzubehalten und nach meinem Tode den Erben auszuhändigen.
- Die Ermächtigung, die in meinem Eigentum befindlichen Immobilien an dritte zu marktüblichen Preisen zu veräußern.
- Die Berechtigung, Verträge oder sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten oder Pflegeheimen abzuschließen
- _____

b) Im Bereich der gesundheitlichen Fürsorge übertrage ich dem Bevollmächtigten folgende Rechte:

- Entscheidungen über meine Unterbringung in einem Pflegeheim oder Krankenhaus
- Entscheidungen über die Verabreichung von Medikamenten, auch solche die erhebliche unerwünschte Nebenwirkungen zu Folge haben.
- Entscheidungen über die Durchführungen ärztlicher Behandlungen bzw. über einen Behandlungsabbruch.
- Entscheidungen darüber ob nach meinem Tod zu Transplantationszwecken Organe entnommen werden dürfen.
- _____

Die Feststellung, dass ich außerstande bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu besorgen, muss in jedem Fall von einem Arzt getroffen werden. Hiermit entbinde ich den auch die zuständigen Ärzte gegenüber den Bevollmächtigten von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mir der Tragweite dieser Vollmacht bewusst und habe mich über die rechtlichen Folgen informiert. Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst und im vollen Besitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum	Unterschrift des Vollmachtgebers
------------	----------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift des Bevollmächtigten
------------	-----------------------------------

Folgender Personen bestätigen, dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten bin und diese Vollmacht nicht unter dem Einfluss Dritter abgegeben habe. Diese Personen sind in Zweifelsfällen auch zu konsultieren.

Name, Vorname	wohnhaft	Telefon
---------------	----------	---------

Name, Vorname	wohnhaft	Telefon
---------------	----------	---------