**VORSORGEVOLLMACHT**

*Ich*, der lebende Mann / das lebende Weib
**<Rufname>:<Nachname>**
auf Erden gekommen durch Niederkunft *Meiner* Mutter am <Niederkunftsdatum>
auf <Ort der Niederkunft>,

**im Vollbesitz *Meiner* geistigen Kräfte für *Mich* und *Meine* Person**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Geburtsname: | Rufname: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

**handelnd, erteile hiermit an**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

**und an**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

**sowie bei deren Verhinderung an**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

**die Vollmacht,**

*Mich* und *Meine* Person in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten zu vertreten, die *Ich* im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.

Diese Vollmachtserteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung verhindern.
Die Vorsorgevollmacht bleibt in Kraft, wenn *Ich* nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte, und soll über *Meinen* Tod hinaus in Geltung bleiben.

Den Gerichten und den anderen, hoheitliche Rechte ausübenden, Betreuungsstellen wird hiermit jegliche Berechtigung entzogen und abgesprochen, über Angelegenheiten in Bezug auf *Mich* und *Meine* Person zu entscheiden und/oder entscheiden zu dürfen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

**1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit**

|  |  |
| --- | --- |
| Der/Die Bevollmächtigte darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge und einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege entscheiden und ist gehalten, sich dabei an dem in *Meiner* Patientenverfügung geäußerten Willen zu orientieren. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| Der/Die Bevollmächtigte darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung 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. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| Der/Die Bevollmächtigte darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. *Ich* entbinde alle behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber den Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| Der/Die Bevollmächtigte darf über *Meine* Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung, über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung in dem Rahmen entscheiden, der durch *Meine* aktuelle Patientverfügung vorgegeben ist, solange dergleichen zu *Meinem* Wohle erforderlich ist. | ⊔ Ja ⊔ Nein |

**2. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten**

|  |  |
| --- | --- |
| Der/Die Bevollmächtigte darf *Meinen* Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus eventuell bestehenden Mietverträgen (inklusive einer Kündigung) wahrnehmen sowie *Meinen* Haushalt auflösen und einen Heimvertrag abschließen, ändern und/oder kündigen. | ⊔ Ja ⊔ Nein |

**3. Vertretung bei Behörden**

|  |  |
| --- | --- |
| Der/Die Bevollmächtigte darf *Meine* Person bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten, für *Meine* Person Anträge stellen und/oder Untervollmachten zur Stellung solcher Anträge erteilen und deren Ausführung überwachen. | ⊔ Ja ⊔ Nein |

**4. Vertretung vor Gericht**

|  |  |
| --- | --- |
| Der/Die Bevollmächtigte darf *Meine* Person gegenüber Gerichten vertreten, Klagen erheben und/oder auf Klagen gegen *Meine* Person antworten und/oder Klagen zurückziehen sowie Untervollmachten zu diesem Zwecke erteilen und deren Ausführung überwachen. | ⊔ Ja ⊔ Nein |

**5. Vermögenssorge**

|  |  |
| --- | --- |
| Der/Die Bevollmächtigte darf *Mein* Vermögen und das *Meiner* Person verwalten und hierbei alle erforderlichen Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen. | ⊔ Ja ⊔ Nein |
| Folgende Geschäfte darf die/die Bevollmächtigte nicht wahrnehmen: |  |
| Immobilienverträge | ⊔ |
| Darlehnensverträge | ⊔ |
| Handelsgewerbe | ⊔ |
|  | ⊔ |
|  | ⊔ |
|  | ⊔ |
|  | ⊔ |
|  | ⊔ |

**6. Post- und Fernmeldeverkehr**

|  |  |
| --- | --- |
| Der/Die Bevollmächtigte darf für *Mich* oder *Meine* Person bestimmten Post entgegennehmen, öffnen, annehmen und abweisen sowie über den Fernmeldeverkehr, z.B. Vertragsabschlüsse oder Kündigungen, entscheiden. | ⊔ Ja ⊔ Nein |

**7. Untervollmachten**

|  |  |
| --- | --- |
| Der/Die Bevollmächtigte ist dazu ermächtigt, für einzelne Bereiche Untervollmachten zu erstellen. | ⊔ Ja ⊔ Nein |

**Abweichend von den oben genannten Bevollmächtigten möchte *Ich* für die Bereiche**

⊔ **1.** ⊔ **2.** ⊔ **3.** ⊔ **4.** ⊔ **5.** ⊔ **6.** ⊔ **7.**

**eine abweichende Vertretung durch folgenden Bevollmächtigten/folgende Bevollmächtigte bestellen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Familienname: | Rufname: | Niedergekommen am: |
| derzeitiger Wohnsitz / [PLZ] und Ort: | derzeitiger Wohnsitz / Straße und Hausnummer: | Telefonnummer: |

 **Hinweis auf eine existierende Patientenverfügung / Betreuungsverfügung**

|  |  |
| --- | --- |
| ⊔ | Es besteht eine gültige Patientenverfügung für *Mich* und *Meine* Person. Die Bevollmächtigten haben die Patientenverfügung in Kopie erhalten und haben die in *Meiner* Patientenverfügung geäußerten Erklärungen in ihre Entscheidungen einzubeziehen.**oder** |
| ⊔ | Es besteht keine Patientenverfügung. |
|  |  |
| ⊔ | Es besteht eine gültige Betreuungsverfügung für *Mich* und *Meine* Person.Die Betreuungsverfügung wurde den Bevollmächtigten in Kopie zu Beachtung bei ihren Entscheidungen übergeben.**oder** |
| ⊔ | Es besteht keine Betreuungsverfügung. |

**Hinterlegung**

Die vorliegende Betreuungsverfügung ist im Internet registriert unter
**www.vorsorgeregister.de**
sowie mit allen Aktualisierungen öffentlich zugänglich unter
**www.mydrive.ch**
mit dem Benutzernamen <Öffentlicher Benutzername> und dem Kennwort <Kennwort>.

**Bestätigung durch die Bevollmächtigten**

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht in der oben genannten Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den Wünschen und Werten der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers zu orientieren.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Bevollmächtigte(r):**….............................................Ort, Datum | …....................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |
| **2. Bevollmächtigte(r):**….............................................Ort, Datum | …....................................................................<Familienname> <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |
| **Vertreter(in):**….............................................Ort, Datum | …....................................................................<Familienname> <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |

 **8. Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vorsorgevollmacht unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Unterzeichnung unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der Zielsetzung der Vorsorgevollmacht am nächsten kommen, die der Verfügende mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt hat. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich die Verfügung als lückenhaft erweist.

**9. Unterschrift und Zeugen**

Mit *Meiner* Unterschrift bestätige *Ich*, dass *Ich Mir* des Inhalts und der Konsequenzen *Meiner*

Entscheidungen dieser Erklärung bewusst *Bin*. *Ich* befinde *Mich* im Vollbesitz *Meiner* geistigen

Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

*Mir* ist bekannt, dass *Ich* diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …..........................................Ort, Datum | L.S.: .................................................................<Familienname>, <Rufname> |  |
|  |  |  |
| **1. Zeuge:**…..........................................Ort, Datum | L.S.: .................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |
| **2. Zeuge:**…..........................................Ort, Datum | L.S:..................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |
| **3. Zeuge:**…..........................................Ort, Datum | L.S..................................................................<Familienname>, <Rufname>niedergek. am <Datum> auf <Ort> |  |