

Vollmacht

Ich,

_____ (Vollmachtgeber*in)
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

erteile hiermit Vollmacht an

_____ (bevollmächtigte Person)
(Name, Vorname Geburtsdatum)

(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, im Folgenden mit Ja angekreuzt oder angegeben. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.

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

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 sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB). ¹⁾ | Ja | Nein |
| ■ Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder | Ja | Nein |

1) Besteht zwischen der bevollmächtigten Person und der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen der Patientin oder des Patienten (der Vollmachtgeberin oder des Vollmachtgebers) entspricht, hat die bevollmächtigte Person eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.²⁾

- | | | |
|---|----|------|
| ■ Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzt*innen und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf Mitarbeiter*innen von Versicherungsunternehmen beziehungsweise von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. | Ja | Nein |
| ■ Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs.1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (zum Beispiel Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 a BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse erforderlich ist. ³⁾ | Ja | Nein |
| ■ Sie darf | | |
-

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- | | | |
|---|----|------|
| ■ Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. | Ja | Nein |
| ■ Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. | Ja | Nein |
| ■ Sie darf meinen Haushalt auflösen. | Ja | Nein |
| ■ Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. | Ja | Nein |
| ■ Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. | Ja | Nein |
| ■ Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. | Ja | Nein |
| ■ Sie darf | | |
-

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, namentlich | Ja | Nein |
| ■ über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen. | Ja | Nein |

2) Besteht zwischen der bevollmächtigten Person und der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen der Patientin oder des Patienten (der Vollmachtgeberin oder des Vollmachtgebers) entspricht, hat die bevollmächtigte Person eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

3) In diesen Fällen hat die bevollmächtigte Person eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 a Abs. 2, 4 und 5 BGB).

- | | | |
|---|----|------|
| ■ Zahlungen und Wertgegenstände annehmen. | Ja | Nein |
| ■ Verbindlichkeiten eingehen. ⁴⁾ | Ja | Nein |
| ■ Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. ⁵⁾ | Ja | Nein |
| ■ Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einer Betreuerin oder einem Betreuer rechtlich gestattet ist. | Ja | Nein |
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

Post und Telekommunikation

- | | | |
|--|----|------|
| ■ Sie darf die für mich bestimmte Post - auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ - entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Anrufbeantwortern und der Mailbox. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (beispielsweise Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. | Ja | Nein |
|--|----|------|

Digitale Medien

- | | | |
|---|----|------|
| ■ Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (zum Beispiel PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten (z.B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern. | Ja | Nein |
|---|----|------|

Behörden

- | | | |
|---|----|------|
| ■ Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. | Ja | Nein |
|---|----|------|

Vertretung vor Gericht

- | | | |
|--|----|------|
| ■ Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. | Ja | Nein |
|--|----|------|

Untervollmacht

- | | | |
|--|----|------|
| ■ Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. | Ja | Nein |
|--|----|------|

4) Zur Aufnahme von Darlehen ist die bevollmächtigte Person nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde

5) Bankinstitute sind gesetzlich verpflichtet, die zu bevollmächtigende Person anhand eines gültigen Personalausweis oder Reisepasses zu identifizieren. Bitte sprechen Sie bei Ihrem Geldinstitut vor.

Geltung über den Tod hinaus

- | | | |
|--|----|------|
| ■ Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum
Widerruf durch die Erben fortgilt. | Ja | Nein |
|--|----|------|

Regelung der Bestattung

- | | | |
|--|----|------|
| ■ Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine
Bestattung nach meinen Wünschen regelt. | Ja | Nein |
|--|----|------|

Betreuungsverfügung

- | | | |
|--|----|------|
| ■ Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche
Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete
Vertrauensperson als Betreuer*in zu bestellen. | Ja | Nein |
|--|----|------|

Weitere Regelungen

■

(Ort, Datum)_____
(Unterschrift Vollmachtgeber*in)_____
(Ort, Datum)_____
(Unterschrift Vollmachtnehmer*in)

Beglaubigungsvermerk:

Die vorstehende Unterschrift / Das vorstehende Handzeichen von

_____, geb. am: _____,

wohnhaft in _____,

persönlich bekannt:

ausgewiesen durch: _____

Personalausweis Nr.

Reisepass Nr.

wurde vor der Urkundsperson _____

Name, Vorname

vollzogen anerkannt.

Die Echtheit der Unterschrift wird hiermit öffentlich beglaubigt.

München, den _____

Betreuungsstelle der Landeshauptstadt München

Unterschrift der Urkundsperson_____
Stempel der Dienststelle_____
Dienstsiegel