

Vorsorgevollmacht

Angaben zur Vollmachtgeberin oder zum Vollmachtgeber:

Name, Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Telefonnummer

Ich erteile hiermit Vollmacht an

bevollmächtigte Person 1

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

sowie an

bevollmächtigte Person 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

Für den Fall, dass eine der oben genannten Personen nicht zur Verfügung steht, erteile ich ersatzweise Vollmacht an

bevollmächtigte Person 3

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

Die genannten Vertrauenspersonen werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich in der folgenden Auflistung angekreuzt oder angegeben habe. Die Personen sind jeweils allein bevollmächtigt und können daher unabhängig voneinander einzeln handeln. Durch diese Vollmacht soll eine vom Gericht angeordnete Rechtliche Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt auch in Kraft, wenn ich nach ihrer Erteilung geschäftsunfähig werden sollte.

Diese Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann. Die Vollmacht gilt, bis ich sie widerrufe, eine Aktualisierung ist nicht erforderlich.

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- 1.1 Sie dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie sollen meinen Willen vertreten und durchsetzen. Ja Nein
- 1.2 Sie dürfen insbesondere in sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Sie dürfen auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden von Maßnahmen erteilen oder eine erteilte Einwilligung widerrufen (§ 1829 Absatz 1 und 2 BGB). Ja Nein
- 1.3 Sie dürfen über meine freiheitsentziehende Unterbringung und über ärztliche Zwangsmaßnahmen sowie über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Fixierung, Medikamente) entscheiden (§ 1831 und § 1832 BGB). Ja Nein
- 1.4 Sie dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht. Ja Nein

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- 2.1 Sie dürfen meinen Aufenthalt bestimmen. Ja Nein
- 2.2 Sie dürfen Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und mich bei der Meldebehörde an-, ab- und ummelden. Ja Nein
- 2.3 Sie dürfen einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen oder kündigen. Ja Nein
- 2.4 Sie dürfen einen Heimvertrag (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen) abschließen oder kündigen. Ja Nein

3. Behörden

- Sie dürfen mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern und anderen Institutionen vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. Ja Nein

4. Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie dürfen im Rahmen der Ausübung der Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem dürfen sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich alle elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie dürfen alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Ja Nein

5. Vermögenssorge

5.1 Sie dürfen mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen; Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen und abändern und zurücknehmen; namentlich:

- 5.1.1 über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen, Ja Nein
- 5.1.2 Zahlungen und Wertgegenstände annehmen, Ja Nein
- 5.1.3 Verbindlichkeiten eingehen, Ja Nein
- 5.1.4 Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben und Vertretung im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten, Ja Nein
- 5.1.5 Die Vollmachtnehmerinnen oder -nehmer dürfen Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer bzw. einer Betreuerin ohne betreuungsgerichtliche Genehmigung gestattet ist (nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendung). Ja Nein
- 5.1.6 Die Vollmachtnehmerinnen oder -nehmer dürfen über die Veräußerung von Immobilien und Grundstücken einschließlich der Entscheidung über grundbuchrechtliche Belastungen verfügen. Ja Nein
- Hierfür ist die öffentliche Beglaubigung dieser Vollmacht erforderlich.

6. Digitale Medien

Sie dürfen unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet) insbesondere Benutzerkonto zugreifen oder darüber entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie dürfen sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen oder diese anfordern. Ja Nein

7. Vertretung vor Gericht

Sie dürfen mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. Ja Nein

8. Untervollmacht

Sie dürfen in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. Ja Nein

9. Entbindung von Schweigepflichten

Ich entbinde jede Person oder Stelle von ihren Schweigepflichten jedweder Art gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson. Ja Nein

10. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über meinen Tod hinaus. Ja Nein

11. Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („Rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichneten Vertrauenspersonen als Betreuerin bzw. Betreuer zu bestellen. Ja Nein

12. Weitere Regelungen

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/
des Vollmachtgebers

Ich bin damit einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person 1

Ich bin damit einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person 2

Ich bin damit einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person 3

Von der Behörde auszufüllen:

Hiermit wird öffentlich beglaubigt, dass die obige Unterschrift von Frau/Herrn

_____ geboren am _____ eigenhändig vor
mir vollzogen wurde.

Die/der Erschienene hat sich ausgewiesen durch:

_____ Nummer: _____

**Landkreis Ammerland
Die Landrätin
Betreuungsbehörde**

Ort, Datum

i.A.
Unterschrift

Dienstsiegel