

# VORSORGEVOLLMACHT

Vor- und Zuname:	
geb. am:	
Straße:	
Wohnort:	

## Ich bevollmächtige widerruflich und über meinen Tod hinaus

1. Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____ Straße: _____ Wohnort: _____	2. Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____ Straße: _____ Wohnort: _____
3. Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____ Straße: _____ Wohnort: _____	4. Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____ Straße: _____ Wohnort: _____

im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn oben beschriebener Zustand von einem Arzt auf Seite 2 dieser Vollmacht bescheinigt wird.

- Jeder Bevollmächtigte ist gleichberechtigt entscheidungsbefugt.
- Die Vertretungsregelung lautet wie folgt: Der unter 1. genannte Bevollmächtigte ist Hauptbevollmächtigter, die anderen sind Vertreter in der oben genannten Reihenfolge.

### Die Vorsorgevollmacht erstreckt sich auf folgende Aufgabenbereiche:

1. Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes
2. Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
3. Sämtliche Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, insbesondere Einwilligungen in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe jeglicher Art. Dies gilt auch, wenn ich infolge eines Eingriffs versterben oder einen länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Weiterhin ist der Bevollmächtigte befugt, die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zu erteilen. Dabei muss er meine Patientenverfügung und/oder meinen mutmaßlichen Willen beachten.
4. Entscheidungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen
5. Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung
6. Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
7. Regelungen vermögensrechtlicher Angelegenheiten, insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt, uneingeschränkt – auch online - über Guthaben auf Konten, Sparbüchern und Depots zu verfügen und sich eine umfassende Kontovollmacht einräumen zu lassen. Dies

gilt auch im Rahmen bereits vom Kreditinstitut dem Vollmachtgeber gewährter Kredite, z.B. eines Überziehungskredits.

Der Bevollmächtigte darf keine neuen Kredite aufnehmen. Er darf über Safeinhalte bei Kreditinstituten verfügen. Er ist nicht berechtigt, Untervollmachten zu erteilen oder bestehende Kontovollmachten zu widerrufen.

Er ist berechtigt, bestehende Konten aufzulösen und neue Konten und Depots jeglicher Art in meinem Namen zu eröffnen.

8. Der Bevollmächtigte wird ermächtigt, an mich gerichtete Post entgegen zu nehmen und zu öffnen
9. Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht
10. Die Art und Weise meiner Bestattung
11. ....

**Diese Vorsorgevollmacht stellt zugleich eine Betreuungsverfügung dar.**

Besondere Anweisungen und Wünsche an den Bevollmächtigten habe ich auf einem gesonderten Blatt niedergelegt.

Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden. Die Erläuterungen und Hinweise zu den einzelnen Bereichen und die wichtigen Hinweise (Stand Januar 2010) habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich weiß, dass diese Bestandteil dieser Vorsorgevollmacht sind. Die vorliegende Vollmacht erteile ich in völliger Freiheit und nach Absprache mit dem/den von mir Bevollmächtigten.

---

Ort / Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

---

Unterschrift der Bevollmächtigten

---

Unterschrift Zeuge

(Der Zeuge bestätigt, dass der Vollmachtgeber seine Unterschrift eigenhändig und in Gegenwart des Zeugen geschrieben hat. Sofern der Zeuge Hausarzt oder ein sonstiger Mediziner ist, bestätigt er ferner, dass der Vollmachtgeber zum Zeitpunkt der Unterzeichnung geschäftsfähig war. Die Unterschrift eines Zeugen ist nicht zwingend, wird jedoch empfohlen.)

---

## **Ärztliche Bescheinigung**

**(Die nachfolgende ärztliche Bescheinigung ist erst auszufüllen, wenn umseitig beschriebene, krankheitsbedingte Umstände eingetreten sind!!)**

Hiermit bestätige ich, dass der vorgenannte Vollmachtgeber infolge einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung außerstande ist, eigene Entscheidungen zu treffen.

.....  
Name und Anschrift des Arztes

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft für Betreuungsangelegenheiten der Stadt und des Kreises Düren, Stand Januar 2010.

Die in diesem Formular gebrauchte grammatikalisch männliche Form bezeichnet sowohl weibliche, als auch männliche Personen und auch mehrere Bevollmächtigte.

# Erläuterungen zu den einzelnen Aufgabenbereichen

(zur Vorsorgevollmacht und zur Vollmacht) Stand Januar 2010

Zu 1.: **Die Bestimmung des Wohnorts und des Aufenthalts** berechtigt den Bevollmächtigten, meinen Lebensmittelpunkt zu bestimmen und dauerhaft zu verändern. So darf der Bevollmächtigte notfalls auch über meine Heimaufnahme entscheiden und den Heimvertrag für mich unterschreiben.

Zu 2.: **Regelung aller Wohnungsangelegenheiten** umfasst alle Regelungen, die mit meiner Mietwohnung in Zusammenhang stehen. Insbesondere darf der Bevollmächtigte meine Wohnung kündigen und auflösen.

Zu 3.: **Sämtliche Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge** umfassen ärztliche Untersuchungen, Eingriffe und Operationen. Außerdem darf der Bevollmächtigte entscheiden, ob und welche Medikamente ich nehme. Alle behandelnden Ärzte sind von der Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten befreit.

(Siehe hierzu auch „Wichtige Hinweise zur Vorsorgevollmacht“, Ziff. 5).

Zu 4.: **Entscheidungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen:** Damit sind beispielsweise Bettgitter, Gerontostuhl, Bett- oder Bauchgurte, sowie sedierende Medikamente gemeint. Diese können erforderlich werden, um zu verhindern, dass ich mich schwer verletze, zum Beispiel dadurch, dass ich in verwirrtem Zustand aufstehe und stürze. Über die Anwendung dieser Maßnahmen soll der Bevollmächtigte entscheiden.

(Siehe hierzu auch „Wichtige Hinweise zur Vorsorgevollmacht“, Ziff. 5).

Zu 5.: **Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung.** Dieser Aufgabenbereich umfasst vor allem meine Aufnahme in einem geschlossenen Krankenhaus zum Zwecke der ärztlichen Behandlung. Auch insoweit soll der von mir Bevollmächtigte entscheiden, falls ich nicht mehr selbst entscheiden kann.

(Siehe hierzu auch „Wichtige Hinweise zur Vorsorgevollmacht“, Ziff. 5).

Zu 6.: Die **Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern** umfasst die Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, privaten oder öffentlichrechtlichen Versicherungen, Versorgungsämtern, privaten oder öffentlichrechtlichen Rententrägern, Sozialämtern und Beihilfestellen.

Zu 7.: Die **Regelungen vermögensrechtlicher Angelegenheiten:** Der Bevollmächtigte hat die in der Vollmacht ausdrücklich genannten Befugnisse. Er darf also meine Rechnungen bezahlen, aber auch neue Zahlungsverpflichtungen für mich eingehen. Kredite – auch Überziehungskredite – darf er nach dem Gesetz nicht für mich vereinbaren. Ausgenommen sind Kredite, die ich bereits beantragt hatte.

Zu 8.: Der Bevollmächtigte darf meine Post öffnen und lesen. Er darf dritte Personen anweisen, die an mich gerichtete Post entgegenzunehmen und an ihn auszuhändigen.

Zu 9.: **Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht** betreffen vor allem die Frage, wer mich besuchen darf und wer nicht. Der Bevollmächtigte ist hierbei insbesondere an meine früheren Entscheidungen gebunden, es sei denn, ich will erkennbar nicht mehr daran festhalten.

Zu 10.: **Die Art und Weise meiner Bestattung** beinhaltet das Recht des Bevollmächtigten, zu entscheiden, in welcher Form und wo ich bestattet werde. Auch insoweit ist er an meine Wünsche gebunden.

**Hinweis:** Zu allen oben genannten Aufgabenbereichen können Sie dem Bevollmächtigten Anweisungen erteilen. Wir empfehlen, dazu ein gesondertes Blatt zu nutzen und die Anweisungen zu unterschreiben.

# Wichtige Hinweise zur Vorsorgevollmacht

1. Mein Bevollmächtigter ist an meine Wünsche und Vorstellungen gebunden – unabhängig davon, ob ich sie schriftlich oder mündlich geäußert habe und zu welchem Zeitpunkt dies geschah. Er ist daran auch dann gebunden, wenn ich diese Wünsche im Zustand der Geschäftsunfähigkeit, also nach Inkrafttreten dieser Vollmacht, äußere. Er darf von meinen Wünschen und Vorstellungen nur abweichen, wenn ich daran erkennbar nicht mehr festhalten will, oder wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

2. Diese Vorsorgevollmacht berechtigt nicht zu Haus- und Grundstücksgeschäften, zum Beispiel zum Verkauf eines Hauses oder einer Eigentumswohnung. Insoweit ist eine notarielle Vollmacht erforderlich.

3. Diese Vorsorgevollmacht wird von der *Sparkasse Düren* anerkannt, sofern Sie das Original der Vollmacht zur Registrierung bei einer der Zweigstellen vorlegen, und ein Mitarbeiter der Sparkasse die Unterschriften prüfen kann.

Ob und unter welchen Bedingungen diese Vollmacht von anderen Kreditinstituten anerkannt wird, ist ungewiss. Wir empfehlen, dass Sie sich mit Ihrem Kreditinstitut persönlich unter Vorlage dieser Vollmacht in Verbindung setzen.

4. Der Widerruf dieser Vorsorgevollmacht ist jederzeit möglich. In diesem Fall empfehlen wir, das Original der Vollmacht zu vernichten und eine neue Vollmacht zu erteilen.

5. Wenn die Vorsorgevollmacht durch die ärztliche Bescheinigung auf Seite 2 in Kraft gesetzt wurde, und der Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht einem Dritten, zum Beispiel einem Kreditinstitut, vorlegt, so gilt sie gegenüber diesem Dritten nach dem Gesetz so lange, bis ihm ein schriftlicher Widerruf der Vollmacht zugeht. Es ist nicht nötig, das Original der Vollmacht immer wieder neu vorzulegen.

6. Durch die Erteilung dieser Vorsorgevollmacht verhindern Sie in aller Regel, dass für Sie ein gerichtlicher Betreuer bestellt wird. Sofern trotz dieser Vollmacht die Bestellung eines Betreuers erforderlich ist, wird das Gericht in aller Regel die von Ihnen in der Vollmacht benannten Personen zu Ihren Betreuern bestellen.

7. Der Bevollmächtigte muss in folgenden Fällen unter Umständen eine gerichtliche Genehmigung einholen:

- Wenn ich (vorübergehend) geschlossen untergebracht werden muss, um psychiatrisch behandelt zu werden.
- Wenn für mich freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie z.B. ein Bettgitter, erforderlich sind.
- Wenn eine besonders riskante Operation durchgeführt werden soll, die eventuell zu meinem Tode, oder zu einem länger andauernden erheblichen gesundheitlichen Schaden führen kann.

Nähere Auskunft zu Ziffer 7 erteilt das Amtsgericht Ihres Wohnorts.