

## Vorsorgevollmacht

**Ich,**

\_\_\_\_\_  
*(Vollmachtgeber/in)*

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsort*

\_\_\_\_\_  
*Adresse*

\_\_\_\_\_  
*Telefon, Telefax, E-mail*

**erteile hiermit Vollmacht an**

\_\_\_\_\_  
*(bevollmächtigte Person)*

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsort*

\_\_\_\_\_  
*Adresse*

\_\_\_\_\_  
*Telefon, Telefax, E-mail*

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Die Vollmacht bleibt in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

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

## 1. 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 eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff 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 und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB).  JA  NEIN
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.  JA  NEIN
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
  - über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Absatz 1 BGB)  JA  NEIN
  - über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Absatz 4 BGB)  JA  NEIN
  - über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Absatz 1 BGB)  JA  NEIN
  - über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1906a Absatz 4 BGB)  JA  NEIN
- entscheiden.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.  JA  NEIN
- Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.  JA  NEIN
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.  JA  NEIN
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen  JA  NEIN
- \_\_\_\_\_

## 3. Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.  JA  NEIN
- \_\_\_\_\_

#### 4. 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
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen  JA  NEIN
- Verbindlichkeiten eingehen  JA  NEIN
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben.  
Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten  JA  NEIN
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist  JA  NEIN
- Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### 5. Post- und Fernmeldeverkehr

- Sie darf im Rahmen der Ausübung dieser Vollmacht die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Zudem darf sie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen abgeben.  JA  NEIN

#### 6. Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.  JA  NEIN

#### 7. Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen.  JA  NEIN

#### 8. Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.  JA  NEIN

#### 9. Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.  JA  NEIN

**10. Weitere Regelungen**

- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

Die Unterschrift / das Handzeichen ist von

\_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

persönlich bekannt / ausgewiesen durch PA / Pass Nr.

\_\_\_\_\_ vor der Urkundsperson vollzogen / anerkannt  
worden.

Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Siegel

\_\_\_\_\_  
Betreuungsbehörde  
des Landkreises Vorpommern-Greifswald