



DR. ULLA FAUST  
Ihre Hausärztin.

## Vorsorgevollmacht

Ich

(Name des Vollmachtgebers)

.....

Familienname:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Adresse:

bevollmächtigte hiermit

(Name des Bevollmächtigten)

.....

Familienname:

.....

Vorname:

.....

Geburtsdatum:

.....

Adresse:

.....

Telefon:

mich in allen nachfolgend angekreuzten oder angegebenen Angelegenheiten zu vertreten.

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Bevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts im Original vorlegen kann.

Der Bevollmächtigte hat Entscheidungsbefugnis über nachfolgende Maßnahmen:

### Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

Soweit ich eine Patientenverfügung erstellt habe, genießt diese Vorrang und ist hier zu beachten.

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einwilligung in Untersuchungen und Behandlungen, auch wenn für mich dadurch Lebensgefahr oder schwere bzw. lang anhaltende gesundheitliche Schäden entstehen könnten.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entscheidung über meine Unterbringung, auch mit freiheitsentziehender Wirkung, und über freiheitsentziehende Maßnahmen in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung, solange dies zu meinem Wohle erforderlich ist.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Durchsetzung meines in einer Patientenverfügung festgelegten Willens.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entbindung von der Schweigepflicht:<br>Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet alle meine behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal, den Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte und nichtärztliches Personal von ihrer Schweigepflicht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 
-

## Vermögenssorge

	JA	NEIN
<input type="checkbox"/> Entscheidung über alle laufenden finanziellen Angelegenheiten, z. B. Begleichung von Rechnungen oder Geltendmachung von Forderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inempfangnahme von Vermögenswerten, z. B. Geld, Sachwerte, Wertpapiere und Schriftstücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verfügung über meine Bankkonten, Depots und Safes sowie über meine sonstigen Vermögensgegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eingehen von Verbindlichkeiten, u. a. Abschluss von Darlehens- und Kreditverträgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vornahme von Vermögenserwerbungen und -veräußerungen bzw. -belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

(Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken)

## Wohnungs- und Mietangelegenheiten

	JA	NEIN
<input type="checkbox"/> Wahrnehmung aller Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Auflösung meines Haushalts und Verfügung über das Inventar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abschluss und Kündigung neuer Mietverträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

## Aufenthaltsbestimmung

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Unterbringung in und Entlassung aus einem Pflegeheim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Abschluss und Kündigung eines Heimvertrags           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 
- 

## Post- und Fernmeldeverkehr

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Abholung (oder Entgegennahme), Öffnung und Umleitung meines Postverkehrs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Entscheidungen über meinen Fernmeldeverkehr (z. B. Telefon, Fax) und alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Kündigungen, Vertragsabschlüsse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Entscheidungen über Internet-, E-Mail- und Pay-TV-Verträge   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 

## Behörden- und Ämtervertretung

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Vertretung meiner Person bei Behörden und Leistungsträgern, wie z. B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen, Beihilfestellen, Rententräger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 

## Sonstige Vertragsangelegenheiten

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Verwaltung (einschließlich Abschluss, Kündigung) aller sonstigen Verträge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

## Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Beauftragung von Rechtsanwälten zur außergerichtlichen oder gerichtlichen Klärung von Rechtsstreitigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Durchführung von Prozesshandlungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 

## Untervollmacht

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Erteilung von Untervollmachten an andere Personen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Postmortale Vorsorgevollmacht

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> Ich wünsche, dass meine Vorsorgevollmacht auch über meinen Tod hinaus gilt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Vollmachtgebers

# Betreuung trotz Vorsorgevollmacht

Sollte trotz dieser Vorsorgevollmacht die Bestellung einer Betreuung notwendig werden, möchte ich, dass diese von folgender Person übernommen wird:

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

**ersatzweise**

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

**In keinem Fall wünsche ich, dass folgende Person  
zu meiner Betreuung bestellt wird:**

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Vollmachtgebers



DR. ULLA FAUST  
Ihre Hausärztin.

# Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

die Vorsorgevollmacht vom ..... (Datum) im Vollbesitz  
seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

Ort, Datum .....

Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin .....