



Stadt
Gladbeck



Vorsorgevollmacht

Name

Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Stadt



VOLLMACHT

■ - Vollmachtgeber -

Ich, _____
Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum

Adresse

_____ E-Mail _____
Telefon/Telefax

erteile hiermit die Vollmacht an

■ - bevollmächtigte Person -

_____ E-Mail _____
Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum

Adresse

_____ E-Mail _____
Telefon/Telefax

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher 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 Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

VOLLMACHT

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 oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB).
(Die Vollmacht umfasst somit auch die Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen.) 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. Diese darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden. ja nein
- Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie
- über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Abs. 1 BGB) ja nein
- über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) ja nein
- über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906a Abs. 1 BGB) ja nein
- über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§1906a Abs. 4 BGB) ja nein
- entscheiden.

Hinweis:

Die vom Bevollmächtigten beabsichtigten Zwangsmaßnahmen bedürfen der Genehmigung durch das zuständige Betreuungsgericht.

VOLLMACHT

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Sie darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Beratungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
-

Behörden

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Vermögenssorge

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> über Vermögensstände jeder Art verfügen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Zahlungen und Wertgegenstände annehmen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Verbindlichkeiten eingehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
-

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können: |
|---|
-

Hinweis:

Bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens kann eine notariell beglaubigte Vollmacht notwendig sein.

Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto-/und Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden.

VOLLMACHT

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 zusammenhängende Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. ja nein

Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. ja nein

Untervollmacht

- Sie darf Untervollmacht erteilen. ja nein

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

Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus. ja nein

Weitere Regelungen

Vertretung:

Als Vorlage diente die Vollmacht des Bundesministeriums der Justiz für Verbraucherschutz des Landes Nordrhein-Westfalen. Entnommen der Broschüre „Betreuungsrecht“ (Stand September 2019).

VOLLMACHT

Ort/Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

Ort/Datum

Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin

Beglaubigung

Die vorstehende Unterschrift/das vorstehende Handzeichen des Vollmachtgebers ist von der Urkundsperson bei der Betreuungsbehörde gem. § 6 Betreuungsbehördengesetz vollzogen/anerkannt worden.

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Persönlich bekannt/ausgewiesen durch:

Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.

Gladbeck, den _____

Urkundsperson
bei der Betreuungsbehörde der Stadt Gladbeck

Die Beteiligten sind von der Urkundsperson der Betreuungsstelle darüber belehrt worden, dass nur die Unterschrift/ das Handzeichen beglaubigt wird. Eine inhaltliche Prüfung der Vorsorgevollmacht ist hiermit nicht verbunden.

