

VORSORGEVOLLMACHT

Familienname:	
Vorname:	
geb. am:	
Anschrift:	

Ich bevollmächtige widerruflich und über meinen Tod hinaus

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 einer Ärztin/einem Arzt mit Datum bescheinigt wird.

Familienname: _____	Familienname: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
geb. am: _____	geb. am: _____
Anschrift: _____	Anschrift: _____
_____	_____
_____	_____

	Jede/r Bevollmächtigte kann für sich alleine entscheiden und handeln
	Die Bevollmächtigten dürfen nur gemeinschaftlich entscheiden und handeln
	Die Vertretungsregelungen lautet wie folgt:

Die Vorsorgevollmacht erstreckt sich auf folgende Lebensbereiche:

1. Bestimmung des Wohnorts und des Aufenthalts (ausgenommen eine geschlossene Unterbringung)
2. Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
3. Gesundheitsfürsorge
4. Entscheidungen über unterbringungsähnliche Maßnahmen
5. Laufende finanzielle Angelegenheiten
6. Vermögenssorge
7. Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
8. Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung
9. _____

Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden. Die Erläuterungen und Hinweise zu den einzelnen Bereichen habe ich gelesen und verstanden. Die vorliegende Vollmacht erteile ich in völliger Freiheit und nach Absprache mit der/dem von mir Bevollmächtigten.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebers(in)

Unterschrift des/der Vollmachtnehmers(in)

Unterschrift Zeuge(in) (ggf. Hausarzt)

Erläuterungen und Hinweise zur VORSORGEVOLLMACHT

- zu 1. Bestimmung des Wohnorts und des Aufenthaltes betrifft Entscheidungen, wo mein (neuer) Lebensmittelpunkt sein soll. Im Bereich der Aufenthaltsbestimmung hat der/die Bevollmächtigte das Recht, mich in einem Heim unterzubringen und einen Heimvertrag abzuschließen.
- zu 2. Wohnungsangelegenheiten umfassen alle rechtsgeschäftlichen Erklärungen, die in Zusammenhang mit einem Mietverhältnis stehen, insbesondere auch die Kündigung und die Wohnungsauflösung.
- zu 3. Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge umfassen ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen und operative Eingriffe. Der behandelnde Arzt ist gegenüber der/dem Bevollmächtigten nicht an seine ärztliche Schweigepflicht gebunden. Bei ärztlichen Eingriffen, bei denen die begründete Gefahr besteht, daß der Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, muß möglichst frühzeitig eine **Genehmigung** durch das **Vormundschaftsgericht** eingeholt werden.
- zu 4. Unter unterbringungsähnlichen Maßnahmen, wie Bettgitter, geriatrischer Stuhl, Bett- und Bauchgurte oder ruhigstellende Medikamente, sind freiheitsentziehende Regelungen in einem **Heim, Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung** zu verstehen. Eine Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht ist vorher einzuholen. Im **häuslichen Bereich** ist eine vormundschaftliche Genehmigung nicht erforderlich.
- zu 5. Der/die Bevollmächtigte entscheidet in allen laufenden finanziellen Angelegenheiten, wie z. B. Begleichung von Rechnungen, Mietzahlungen und Heimpflegekosten, Geltendmachung von Forderungen, soweit Regelungen nicht in die Vermögenssorge eingreifen.
- zu 6. Unter Vermögenssorge fallen rechtsgeschäftliche Erklärungen, soweit Rechte und/oder Pflichten mit einem Vermögenswert ab 2.300,00 Euro betroffen sind.

Hinweis zu 5. Und 6.

Betreffend Regelungen bei Banken, Sparkassen und sonstigen Geldinstituten wird empfohlen, mit Ihrem Geldinstitut persönlich Rücksprache zu nehmen!

- zu 7. Diese Regelung betrifft die Wahrnehmung der Interessen gegenüber Behörden und Leistungsträgern, z. B. Kranken- und Pflegekassen, Sozialämter, Versicherungen, Beihilfestellen, private und öffentliche Rententräger und Versorgungsämter.

Arztliche Bescheinigung

Vollmachtgeber/in:

Familienname: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Bevollmächtigte/r:

Familienname: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Hiermit bestätige ich, daß der/die o. g. Vollmachtgeber/in zur Zeit infolge einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung außerstande ist, eigene Entscheidungen zu treffen.

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes:

Ort/Datum: _____

Unterschrift der Ärztin/des Arztes: _____