



BETREUUNGSVEREIN
BREMERHAVEN E.V.

Vorsorgevollmacht

Ich, (Vollmachtgeber/in)

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

erteile hiermit Vollmacht an folgende Personen:

.....(bevollm. Person)

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

.....(bevollm. Person)

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefon, Telefax)

Diese Vertrauensperson/en werden hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilungen soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung, etwa die über den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen oder Entscheidungen über Untervollmachten, können von mehrerer Bevollmächtigten nur einvernehmlich getroffen werden. Dazu zählen auch Entscheidungen über meine Vermögenswerte, soweit sich diese in der Verwaltung, in Umfang und Art von der üblichen Haushaltsführung abheben.

Inkraftsetzung der Vollmacht

Diese Vollmacht soll erst wirksam werden, wenn ich meine Angelegenheiten nicht mehr selber regeln kann und meine Handlungs- oder Entscheidungsunfähigkeit durch meinem behandelnden Arzt oder einem Amtsarzt bestätigt wird.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigten Personen die Vollmachtsurkunde besitzen und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts diese Urkunde im Original vorlegen können.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Diese Vollmacht soll sofort gültig sein. Es wird ausdrücklich darauf verzichtet, Bedingungen zum Beginn der Wirksamkeit zu benennen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

<p>Sie darf/dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie sind befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Sie darf/dürfen insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen 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 BGB). Sie dürfen die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Sie darf/dürfen Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Sie darf/dürfen über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB), entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>.....</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>

2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

<p>Sie darf/dürfen meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus einem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen, soweit ich diesen dauerhaft nicht mehr selbst nutzen kann</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Sie darf/dürfen einen Vertrag aus dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz abschließen und kündigen. Gleiches gilt auch für Verträge für andere Wohnformen, die für meine Versorgung maßgeblich sind.</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>.....</p>	<p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>

3. Behörden

Sie darf/dürfen mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

4. Vermögenssorge

Sie darf/dürfen 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis in der Anlage)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Verbindlichkeiten eingehen (bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis in der Anlage)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf/dürfen mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den Hinweis in der Anlage)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Folgende Geschäfte soll/en sie nicht wahrnehmen können:

.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
----------------	---

5. Post und Fernmeldeverkehr

Sie darf/dürfen die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf/dürfen alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--	---

6. Vertretung vor Gericht

Sie darf/dürfen mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

7. Untervollmacht

Sie darf/dürfen in einzelnen Angelegenheiten Untervollmachten erteilen.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

8. Weitere Regelungen, die für mich gelten sollen und bisher nicht erfasst sind

.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
.....	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich das zuständige Betreuungsgericht, die oben genannten Vertrauenspersonen als rechtliche Betreuer*innen zu bestellen, soweit diese die dafür vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt und zur Übernahme der Funktion ihr Einverständnis geäußert hat..

9. Geltung über den Tod hinaus

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers)