

Vollmacht/Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Tel.-Nr.:

Ohne Zwang und aus freiem Willen für den Fall, dass ich zeitweise oder dauerhaft meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, erteile ich folgende Vollmacht:

Name: Name:

Vorname: Vorname:

Geb.-Dat.: Geb.-Dat.:

Straße: Straße:

PLZ/Wohnort: PLZ/Wohnort:

Tel.-Nr.: Tel.-Nr.:

Wird/werden (gemeinschaftlich) bevollmächtigt zu meiner Vertretung in Fragen der Medizinischen Versorgung und Behandlung, soweit ich selbst nicht im Stande bin darüber zu bestimmen. Die bevollmächtigte/n Person/en können beliebige Verträge mit Kliniken, Alten- und Pflegeheimen abschließen, einseitige Erklärung abgeben und entgegennehmen oder sonst meinen Aufenthalt bestimmen. Insbesondere wird der / dem / den Bevollmächtigten die Befugnis übertragen anstelle der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers in freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen einzuwilligen.

Diese Vollmacht soll eine Betreuung gem. Betreuungsgesetz (§§1896 BGB ff) ausschließen.

In vermögensrechtlichen Angelegenheiten umfasst die Vollmacht die Verwaltung meiner Einkünfte sowie die Besorgung der laufenden Geschäfte. Hierzu gehören die Abwicklung von Bankgeschäften, Vertretungen gegenüber Ämtern, Behörden, Versicherungen und der Krakenkasse.

Die / der Bevollmächtigte/n ist/sind dazu berechtigt (individuelle Regelungen, je nach Vermögenslage):

.....

.....

.....

.....

Die/der Bevollmächtigte/n ist/sind befugt, Rechtsgeschäfte mit sich in eigenem Namen, unter Befreiung von Beschränkungen des § 181 BGB und als Vertreterin / Vertreter Dritter vorzunehmen. Die Vollmacht soll auch dann wirksam bleiben, wenn eine Betreuerin / ein Betreuer für mich bestellt wird.

Sollten Teile dieser Vollmacht unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der restlichen Teile ändern.

.....
Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers)