

# Meine Vorsorgevollmacht

Formular bei Bedarf  
vor dem Ausfüllen  
mehrmals kopieren

## Ich

### Vollmachtgeber\*in

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort

### Adresse

Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon/Fax	E-Mail	

## erteile hiermit Vollmacht an

### Vollmachtnehmer\*in

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort

### Adresse

Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon/Fax	E-Mail	

**Diese Vertrauensperson bevollmächtigt mich hiermit, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, insbesondere in solchen, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Diese Vollmachterteilung soll eine gerichtlich angeordnete Betreuung vermeiden. Die Vollmacht bleibt daher auch dann in Kraft, wenn ich nach ihrer Erteilung geschäftsunfähig geworden sein sollte.**

**Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und diese bei der Vornahme eines Rechtsgeschäftes im Original vorlegen kann.**

Meine Unterschrift (optional)



## 1. Gesundheitspflege und Pflegebedürftigkeit

Die bevollmächtigte Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege ebenso wie über alle Einzelheiten einer ambulanten, teilstationären oder stationären Pflege entscheiden. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Ja  
 Nein

Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung sowie in ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in die Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Durchführung, der Unterlassung oder dem Abbruch der Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 und 2 BGB).

Ja  
 Nein

Sie darf Krankenunterlagen einsehen oder deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden Ärzt\*innen und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Meine bevollmächtigte Vertrauensperson darf ihrerseits alle mich behandelnden Ärzt\*innen sowie nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht gegenüber Dritten entbinden.

Ja  
 Nein

---

Solange es zu meinem Wohl erforderlich ist, darf sie entscheiden

---

■ über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB)

Ja  
 Nein

---

■ über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 a Abs. 1 BGB)

Ja  
 Nein

---

■ über freiheitsentziehende Maßnahmen (zum Beispiel Bettgitter, Medikamente) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB)

Ja  
 Nein

---

■ über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Abs. 4 BGB)

Ja  
 Nein

---

Ablehnung der gesetzlichen Notvertretungsbefugnis:  
Ich widerspreche ausdrücklich der gesetzlichen Notvertretung durch meine\*n Ehegattin\*en in Angelegenheiten der Gesundheitspflege gemäß § 1358 BGB.

Ja  
 Nein

Weiteres (optional):

---

Meine Unterschrift (optional)

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Ja  
 Nein

Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

Ja  
 Nein

Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen oder kündigen.

Ja  
 Nein

Weiteres (optional):

---

## 3. Behörden

Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen sowie Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Dies umfasst auch die datenschutzrechtliche Einwilligung.

Ja  
 Nein

Weiteres (optional):

---

## 4. Post- und Fernmeldeverkehr

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen, öffnen und lesen sowie über den Fernmeldeverkehr einschließlich aller elektronischen Kommunikationsformen entscheiden. Dies gilt auch für den elektronischen Postverkehr. Sie darf hiermit zusammenhängende Willenserklärungen (zum Beispiel Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja  
 Nein

Meine Unterschrift (optional)

## 5. Vermögenssorge

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 und zurücknehmen.  Ja  Nein

Sie darf insbesondere:

über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen  Ja  Nein

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen  Ja  Nein

Verbindlichkeiten eingehen  Ja  Nein

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem\*einer Betreuer\*in rechtlich gestattet ist  Ja  Nein

Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten. Bitte beachten Sie hierzu den nachfolgenden Hinweis.  Ja  Nein

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können:

Weiteres (optional)

Hinweis für den\*die Vollmachtgeber\*in: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie unbedingt auf die von Ihrer Bank oder Sparkasse angebotene Konto- und Depotvollmacht zurückgreifen. (Daher wurde kein Muster in diesem Ratgeber abgedruckt.) Die Konto- und Depotvollmacht berechtigt die bevollmächtigte Person, alle Geschäfte vorzunehmen, die mit der Konto- oder Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Ihr werden keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto- und Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich direkt vor Ort in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen – das kann etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachterteilung ausräumen. Können Sie Ihre Bank oder Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im direkten Gespräch mit Ihrer Bank oder Sparkasse sicherlich eine Lösung finden.

In einigen Fällen müssen zusätzliche Formvorschriften beachtet werden, zum Beispiel bei Immobiliengeschäften, für die Aufnahme von Krediten und für Handelsgewerbe.

Meine Unterschrift (optional)

## 6. Vertretung vor Gericht

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

 Ja

 Nein

## 7. Untervollmacht

Sie darf Untervollmachten erteilen.

 Ja

 Nein

## 8. Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer\*in zu bestellen.

 Ja

 Nein

## 9. Gültigkeit nach dem Tod

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

 Ja

 Nein

## 10. Weitere Regelungen (zum Beispiel Hinweis auf eine bestehende Patientenverfügung)

---



Ort

Datum

Meine Unterschrift als Vollmachtgeber\*in

 Ort

 Datum

 Unterschrift der von mir bevollmächtigten Vertrauensperson