

# Vollmacht

Ich (Vollmachtgeber/in): .....

geb. am: .....

wohnhaft in: .....

erteile hiermit im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und ohne äußeren Druck nachfolgender/en Person/en

1. ....  
Name, geb.am

.....  
Anschrift

2. ....  
Name, geb.am

.....  
Anschrift

3. ....  
Name, geb.am

.....  
Anschrift

**Vollmacht**, mich in allen persönlichen und allen Vermögensangelegenheiten incl. Immobiliengeschäften gerichtlich, außergerichtlich und vor Behörden zu vertreten. Gerichte, Behörden, Banken und Versicherungen sind meiner/m/n Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht befreit. Sind mehrere Bevollmächtigte in dieser Vollmacht benannt, so sind sie jeweils allein vertretungsbefugt.

- Der/die Bevollmächtigte/-n ist/sind berechtigt, im Einzelfall Untervollmacht zu erteilen.
- Gegenüber Kreditinstituten berechtigt die Vollmacht nur dazu, über Guthaben und im Rahmen eingeräumter Kredite zu verfügen, von der Möglichkeit vorübergehender Kontoüberziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch zu machen sowie Konten einzurichten und zu schließen. Schenkungen an Dritte dürfen von meiner/m Bevollmächtigten in dem Rahmen vorgenommen werden, der einem Betreuer gem. § 1897 BGB erlaubt wäre.
- Die Vollmacht berechtigt insbesondere auch zum Abschluss von Heimverträgen, zur Erteilung von Pflegeaufträgen, zur Kündigung und Auflösung meiner Wohnung sowie zur Entgegennahme von Post und über den Verkehr mit Telekommunikation mit sämtlichen hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen.
- Diese Vollmacht berechtigt zu meiner Vertretung in Fragen der medizinischen Versorgung und Behandlung. Ärzte und Pflegepersonen sind insoweit von ihrer Schweigepflicht entbunden. Der/die Bevollmächtigte/n ist/sind berechtigt, in meinem Namen in medizinische Heilbehandlungen einzuwilligen oder die Einwilligung zu verweigern sowie Behandlungsverträge abzuschließen, zu kündigen oder deren Abschluss zu verweigern. Diese Ermächtigung gilt auch für risikobehaftete Behandlungen, die eine Genehmigung des Betreuungsgerichtes gem. § 1904 BGB voraussetzen.
- Der/die Bevollmächtigte/n ist/sind weiterhin berechtigt, meinen Aufenthalt zu bestimmen und mit Genehmigung des Gerichtes über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), 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.
- Diese Vollmacht soll eine Betreuung durch einen gerichtlich bestellten Betreuer gem. §§ 1896 ff BGB vermeiden. Sollte dennoch eine Betreuung notwendig werden, so soll/en der/die Bevollmächtigte/n (oder einer von ihnen) zum Betreuer bestellt werden.
- Die Vollmacht wird sofort wirksam. Die Vollmacht soll auch über den Tod hinaus gelten. Sollten einzelne Teile der Vollmacht unwirksam sein, so berührt das die Wirksamkeit der übrigen Teile nicht.

Mein/e Bevollmächtigten dürfen zudem über sämtliche digitalen Medien verfügen und auf sämtliche Daten im World Wide Web, insbesondere Benutzerkonten zugreifen und hat/haben das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen. Er/sie darf/dürfen hierzu sämtliche Zugangsdaten anfordern und nutzen.

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift)

- **Vollmachtgeber/in** -

**Beglaubigungsvermerk**

Der/ die Vollmachtgeber/in hat sich ausgewiesen durch  Personalausweis  .....

Der/die Vollmachtgeber/in ist der Urkundsperson persönlich bekannt

*[Nichtzutreffendes streichen]*

*Bedenken zur Geschäftsfähigkeit sind nicht ersichtlich.*

Die eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin wird hiermit als vollzogen/anerkannt öffentlich beglaubigt:

.....  
Ort, Datum

**(Unterschrift, Siegel)**

Urkundsperson der Betreuungsbehörde gem. § 6 Abs.2 BtBG oder Notar

Bevollmächtigung zur Kenntnis genommen:

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift)

- **1. Bevollmächtigte/r** -

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift)

- **2. Bevollmächtigte/r** -

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift)

- **3. Bevollmächtigte/r** -

*Nicht zwingend erforderlich, jedoch empfehlenswert, ist die Bestätigung des behandelnden Arztes:*

Hiermit bestätige ich, dass bei Herrn/Frau .....aus meiner Sicht keine Bedenken hinsichtlich der Geschäftsfähigkeit bestehen.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Stempel, Unterschrift