

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.
- Die Vollmacht berechtigt insbesondere auch zum Abschluss von Heimverträgen, zur Erteilung von Pflegeaufträgen, zur Kündigung und Auflösung meiner Wohnung sowie zur Entgegennahme von Post.
- 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 voraussetzen. §1829 Absatz 1 und 2 BGB
- Der/die Bevollmächtigte/n ist/sind weiterhin berechtigt, meinen Aufenthalt zu bestimmen und **mit Genehmigung des Gerichtes** über meine freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1831 Absatz 1 BGB), über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Absatz 4 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 Absatz 1 BGB), über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§ 1832 Absatz 4 BGB), entscheiden. .
- Diese Vollmacht soll eine Betreuung durch einen gerichtlich bestellten Betreuer 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.
- Der/die Bevollmächtigte/n ist/sind weiterhin berechtigt, über meine sämtlichen digitalen Medien, Daten, Benutzerkonten im WWW zuzugreifen und hat/haben das Recht diese zu löschen, zu ändern, beizubehalten. Zugangsdaten dürfen hierzu angefordert werden.

Sonstige Verfügungen oder auch Ausschlüsse von der Vertretung durch den/die Bevollmächtigte/n:

.....
.....

.....
(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. § 7 Abs. 1 BtOG 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