

## Vorsorgevollmacht

In Kenntnis der rechtlichen Folgen und im Bewusstsein der Tragweite meiner Entscheidung habe ich mich dazu entschlossen, meine persönlichen Verhältnisse eigenständig für den Fall zu regeln, dass ich aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung meine Angelegenheit ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und/oder mein Selbstbestimmungsrecht in persönlichen und gesundheitlichen Angelegenheiten von mir selbst nicht mehr rechtswirksam ausgeübt werden kann.

Mit dieser Vollmacht möchte ich der eventuellen Anordnung einer Betreuung und einer Unterbringung in eine geschlossenen Einrichtung gegen meinen Willen für mich durch ein Vormundschaftsgericht funktionell ersetzen, um die Wahrnehmung meiner Interessen und Entscheidungsbefugnisse meine Person betreffend für einen solchen Fall auf Personen meines besonderen Vertrauens zu übertragen. Die erteilte Vollmacht soll über meinen Tod hinaus wirksam sein.

### **A. Bevollmächtigte Personen und Aufgabenbereiche**

Ich,....., geb. am        in                                **bevollmächtigte** gemäß § 1896 Absatz 2 BGB:

**1.** .....

in meinen Angelegenheiten

der Vermögenssorge (Ziffern 1-4) und der Aufenthaltsbestimmung und der Gesundheitsfürsorge einschließlich der Entscheidung über freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen und der Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung (Ziffern 5-7)

sowie

**2.** .....

in meinen Angelegenheiten

der Vermögenssorge (Ziffern 1-4) und der Aufenthaltsbestimmung und der Gesundheitsfürsorge einschließlich der Entscheidung über freiheitsentziehende oder freiheitsbeschränkende Maßnahmen und der Einwilligung in die ärztliche Heilbehandlung (Ziffern 5-7)

mit der Wahrnehmung meiner Interessen.

Beide Bevollmächtigte dürfen aufgrund der erteilten Vollmacht einzeln und jeder für sich in meinem Namen handeln.

Die erteilte Vollmacht umfasst:

#### **1. die Wahrnehmung meiner gesamten Vermögensangelegenheiten**

- Insbesondere einschließlich der Vollmacht, bei allen in- und ausländischen Banken, Sparkassen, Genossenschaften, sonstigen Kreditinstituten, Sparvereinen oder sonstigen Unternehmen und Einrichtungen, bei denen ich über Girokonten, Sparguthaben, Sparbriefe, Bankschließfächer, Wertpapiere, Obligationen, Wertsachen, Geschäftsanteile, Einlagen, Fonds, sonstige Geldanlagen etc. oder Schließfächer verfüge, uneingeschränkt Auskunft über meine Guthaben, meine Vermögenswerte und Verbindlichkeiten zu erhalten, Kontoauszüge für mich in Empfang zu nehmen, Geldbeträge in meinem Namen bar abzuheben, Überweisungen, Abbuchungsermächtigungen und Daueraufträge in meinem Namen zu veranlassen sowie Konten in meinem Namen aufzulösen und einzurichten und sonstige Verträge über Geldanlagen in meinem Namen abzuschließen oder aufzuheben.

- ausdrücklich auch mit der Befugnis, rechtsgeschäftlich für mich tätig zu werden und rechtswirksam in meinem Namen Willenserklärungen abzugeben, für mich in meinem Namen Verträge abzuschließen, Verträge zu kündigen, zu widerrufen, zu wandeln oder den Rücktritt von einem Vertrag zu erklären, Verträge anzufechten sowie in meinem Namen Rechte aus Verträgen geltend zu machen oder Pflichten aus Verträgen zu erfüllen.
- einschließlich der Einwilligung und dem Widerruf zu Rechtsgeschäften jeglicher Art, insbesondere ausdrücklich auch im Falle meiner Geschäftsunfähigkeit.
- auch die Befugnis, in eigenem Namen oder als Bevollmächtigter mit sich im Namen des Bevollmächtigten Rechtsgeschäfte vorzunehmen, § 181 BGB

## 2. die Wahrnehmung meiner Interessen im **Umgang mit Ämtern, Behörden, Krankenkassen, Rentenversicherern und**

- einschließlich der Befugnis, Renten- Anträge in meinem Namen zu stellen, gegen ablehnende Bescheide Rechtsmittel im Widerspruchsverfahren einzulegen und für mich, auch durch Beauftragung eines geeigneten Rechtsvertreters Klage vor den ordentlichen Gerichten zu erheben oder erheben zu lassen und auszubezahlende Gelder in Empfang zu nehmen.

## 3. die Befugnis zur **Wahrnehmung meiner Wohnungs- und Mietangelegenheiten**

- einschließlich der Befugnis zur Begründung und Auflösung von Miet-, Beherbergungs- und Heimverträgen für mich und in meinem Namen. Der Bevollmächtigte nimmt für mich meine Rechte aus dem Mietverhältnis wahr, er darf das Mietverhältnis in meinem Namen gegebenenfalls auch fristlos kündigen und Rechte wegen Mangelhaftigkeit der Mietsache geltend machen.
- der Bevollmächtigte ist befugt, Mietkautionszahlungen im Rahmen der vertraglichen Vereinbarung meinem Vermögen zu entnehmen und an den Vermieter zu leisten, er darf nach Beendigung Kautionszahlungen für mich in Empfang nehmen.
- Wenn ich in einem Heim untergebracht bin, nimmt der Bevollmächtigte meine Rechte aus dem Heimvertrag wahr.

## 4. die **Entscheidung über meinen Post- und Fernmeldeverkehr**

- hierbei auch die Entgegennahme auch gegen Empfangsbekanntnis, das Öffnen und das Anhalten meiner gesamten Post und sonstiger auch amtlicher Schriftstücke. Notwendige Nachsendeanträge bei der DPAG und privaten Brief- und Postbeförderungsunternehmen darf die Bevollmächtigte in meinem Namen stellen, abändern und aufrechterhalten.
- der Bevollmächtigte darf für mich in meinem Namen Verträge zur Nutzung von Telekommunikationsdienstleistungen (auch: Mobilfunk- Internet oder sonstige Datentransferdienstleistungen) abschließen, ändern oder kündigen sowie Nachweise über erbrachte Telekommunikationsdienstleistungen (auch: Einzelgesprächsnachweise) zu Rechnungsprüfungszwecken für mich in meinem Namen beantragen und einsehen.

## 5. die Befugnis der Entscheidung über die **Bestimmung meines Aufenthaltes**

- einschließlich der Befugnis für mich in meinem Namen den notwendigen melderechtlichen Auflagen (An- bzw. Abmeldung zur Begründung, Erweiterung oder Aufhebung meines Wohnsitzes), §§ 11 ff. MRRG in Verbindung mit den entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften, nachzukommen 1.

## 6. Die Wahrnehmung meiner **Gesundheitsfürsorge**

- einschließlich der Zustimmung oder Ablehnung zu allen ärztlichen Untersuchungen meines Gesundheitszustandes, ärztlichen Behandlungen und Eingriffen, insbesondere auch dann, wenn die Voraussetzungen des § 1904 BGB vorliegen und begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund dieser Maßnahme (ärztliche Behandlungen und Eingriffe) versterbe oder mir aufgrund dieser Maßnahme schwerer und länger andauernder gesundheitlicher Schaden droht. Die Zustimmung oder Ablehnung einer ambulanten oder stationären Heilbehandlung darf ausdrücklich entgegen ärztlichem Rat oder ärztlichen Verordnungen erfolgen. Ärztliche

Eingriffe und Behandlungsverträge bedürfen einer schriftlichen Zustimmung des Bevollmächtigten.

- einschließlich der Berechtigung zum Abschluss, Aufhebung, Begrenzung und Erweiterung von Behandlungs- und Krankenhausverträgen, auch bei Behandlungsabbruch oder Verlegung in eine andere Einrichtung und ungeachtet eines etwaigen ärztlichen Dafürhaltens.
- einschließlich der Entscheidung über die Verabreichung und Dosierung von Medikamenten, wie z.B. Psychopharmaka, Chemotherapeutika, Schmerz- und Betäubungsmittel, auch, wenn diese unerwünschte Nebenwirkungen und gesundheitliche Folgen haben oder haben könnten. Medikamente zum Zwecke der Linderung und zur Vermeidung von Schmerzen dürfen und sollen mit Einverständnis des Bevollmächtigten auch dann verabreicht werden, wenn nach ärztlicher Prognose mit der hohen Dosierung der Medikation die Gefahr gesundheitlicher Beeinträchtigungen und der Verkürzung meiner Lebenserwartung gegeben ist.
- der Entscheidung über lebensverlängernde und lebenserhaltende Maßnahmen, soweit eine Entscheidung nach Rechtslage im Dispositionsbereich Dritter liegt, im Besonderen trifft der Bevollmächtigte auch die Entscheidung, ob lebensverlängernde Maßnahmen bei künstlicher Ernährung (PEG-Sonde u.a.) ergriffen werden.
- der uneingeschränkten Einsichtnahme in meine Krankenakten und der Entscheidung, ob erhobene Daten und Untersuchungsergebnisse in Zusammenhang mit meiner ärztlichen Behandlung Dritten zugänglich gemacht werden darf
- der Entscheidung darüber, ob nach meinem Ableben Organe entnommen werden dürfen oder Obduktionen stattfinden
- der Kontrolle darüber, ob die Klinik, die Ärzte und das Pflegepersonal mir trotz meiner eventuellen Entscheidungsunfähigkeit eine meinem -mutmaßlichen- Willen entsprechende und angemessene Behandlung zukommen lassen, die auch eine menschenwürdige Unterbringung umfasst.

7. die Entscheidung über **freiheitsentziehende Maßnahmen gegen oder ohne meinen Willen** einschließlich der Entscheidung über die freiheitsentziehende (geschlossene) Unterbringung in einer (psychiatrischen) Klinik, einem Alten- Pflegeheim, einer geschlossenen Abteilung einer solchen Einrichtung sowie die Entscheidung über **unterbringungsähnliche Maßnahmen gegen oder ohne meinen Willen**

- einschließlich der Entscheidung über das Anbringen von freiheitsbeschränkenden mechanischen Einrichtungen wie Bettgittern, das Fixieren, etwa mit einem Gurt oder anderen Vorrichtungen oder Medikamentengaben mit dem Ziel der Freiheitsbeschränkung.
- der Entscheidung über das ob und wie einer Untersuchung meines Gesundheitszustandes auch gegen meinen Willen.

### **B. Besondere Verpflichtungen bei Heilbehandlungen**

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet alle mich behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Sozialarbeiter und Pflegekräfte, die Bevollmächtigten über meinen Gesundheitszustand umfassend zu informieren und aufzuklären, nicht zuletzt, um eine Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen.

Ich entbinde insoweit ausdrücklich alle mich behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Sozialarbeiter und Pflegekräfte von bestehenden Schweigepflichten gegenüber meiner Bevollmächtigten.

Die Vollmacht umfasst das Recht, in meine Krankenakte Einsicht zu nehmen und die Kenntnisse hieraus nach eigenem Ermessen gegebenenfalls an Dritte, etwa Strafverfolgungsbehörden weiterzuleiten. Der Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich Strafantrag bei den zuständigen Behörden zu stellen, wenn sie nach Prüfung der Krankenakte zu dem Ergebnis gelangt ist, dass Dritte eine strafbare Handlung gegen mich begangen haben oder haben könnten.

Anderen als den durch die Vollmacht berechtigten Personen (Bevollmächtigte und Kontrollbevollmächtigte) dürfen die behandelnden Ärzte/Ärztinnen keine Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen, auch wenn es sich um Angehörige handelt. Insbesondere mein Ehemann/meine Tante..... soll und darf keinerlei Auskunft über meinen Gesundheitszustand erhalten und hat kein Mitspracherecht bei meiner Behandlung, da ich jedes Vertrauen zu ..... verloren habe.

**C. Besondere Vollmacht zur Wahrnehmung meiner gerichtlichen und außergerichtlichen Interessen**

Die Bevollmächtigten nehmen meine rechtlichen Interessen außergerichtlich und gerichtlich für mich wahr. Dabei ist er zur (Unter-) Bevollmächtigung und Beauftragung eines Rechtsvertreters im In- oder Ausland zur Wahrung meiner Interessen in meinem Namen, auch zur Erhebung von Klage vor den Gerichten einschließlich der Erhebung der Individualverfassungsbeschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht befugt.

Der Bevollmächtigte soll im Rahmen der erteilten Vollmacht selbst oder durch Beauftragung eines geeigneten Vertreters die sich aus der Bevollmächtigung ergebenden Rechte für mich vor den Gerichten durchzusetzen. Er ist auch befugt, alle ordentliche und außerordentliche Rechtsmittel gegen eine etwaige Betreuerbestellung für mich vor den Gerichten einzulegen.

Sämtliche von mir beauftragte Rechtsvertreter und Notare entbinde von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen Bevollmächtigten. Dies gilt nicht für letztwillige Verfügungen von Todes wegen, die ich errichtet habe oder zu errichten beabsichtige.

**E. Interessengerechte Ausübung der Vollmacht**

Die Grundsätze über die interessengerechte Ausübung dieser Vollmacht habe ich mit meinen Bevollmächtigten ausführlich besprochen. Die Bevollmächtigten haben mein volles Vertrauen, wenn sie für mich handeln, dies gilt selbst dann, wenn eine Handlung in meinem Namen und/oder für mich entgegen dem Rat behandelnder Ärzte erfolgt.

Ich habe die vorliegende Vollmacht zu dem Zwecke erteilt, die Anordnung der Bestellung einer Betreuung oder der Anordnung einer Unterbringung durch ein Vormundschaftsgericht funktionell zu ersetzen und Personen meines besonderen Vertrauens als Bevollmächtigte eingesetzt. Auch wenn meine Vorgaben im Einzelfall oder insgesamt

Die interessengerechte Ausübung der Vollmacht beinhaltet insbesondere die strikte Einhaltung der von mir entworfenen und mit den Bevollmächtigten abgesprochenen Vorgaben.

**F. Feststellungen zur persönlichen Hilfsbedürftigkeit, § 1896 Abs. 1 BGB**

Die Vorsorgevollmacht wird für den Fall der Voraussetzungen des § 1896 Abs. 1 BGB getroffen. Die Feststellung, dass ich aufgrund einer psychischen Erkrankung oder wegen meines körperlichen oder seelischen Zustandes außerstande bin, meine Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen, muss ausschließlich von einer Person meines Vertrauens getroffen werden.

Ich benenne hier .....

**G. Widerrufsvorbehalt**

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Mir ist bekannt, dass ich die erteilte Vollmacht jederzeit im Ganzen oder teilweise widerrufen kann, sofern ich zum Zeitpunkt des Widerrufs geschäftsfähig bin. Ich bin mir der Tragweite und Rechtsfolgen dieser Vollmacht, über die ich mich hinreichend informiert habe, bewusst. Die erteilte Vollmacht soll über meinen Tod hinaus wirksam sein.

Diese Vollmacht umfasst 5 (fünf) Seiten.

, den .....

.....

---

## Konto-/Depotvollmacht - Vorsorgevollmacht

(Abgestimmt mit den Zentralen Kreditausschuss zusammenarbeitenden Spitzenverbänden der Kreditwirtschaft)

### Kontoinhaber/Vollmachtgeber

Name und Anschrift	
Name der Bank/Sparkasse und Anschrift	

### Ich bevollmächtige hiermit den nachstehend genannten Bevollmächtigten

Name, Vorname (auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Anschrift		Telefon-Nr.	

**mich im Geschäftsverkehr mit der Bank/Sparkasse zu vertreten. Die Vollmacht gilt für alle meine bestehenden und künftigen Konten und Depots bei der vorgenannten Bank/Sparkasse.**

#### Im Einzelnen gelten folgende Regelungen:

- Die Vollmacht berechtigt gegenüber der Bank/Sparkasse dazu,
  - über das jeweilige Guthaben (z.B. durch Überweisung, Barabhebungen, Schecks) zu verfügen und in diesem Zusammenhang auch Festgeldkonten und sonstige Einlagekonten einzurichten,
  - eingeräumte Kredite in Anspruch zu nehmen,
  - von der Möglichkeit vorübergehender Kontoüberziehungen im banküblichen Rahmen Gebrauch zu machen,
  - An- und Verkäufe von Wertpapieren (mit Ausnahme von Finanztermingeschäften) und Devisen zu tätigen und die Auslieferung an sich zu verlangen,
  - Abrechnungen, Kontoauszüge, Wertpapier-, Depot- und Ertragnisaufstellungen sowie sonstige die Konten/Depots betreffenden Mitteilungen und Erklärungen entgegenzunehmen und anzuerkennen,
  - sowie Debitkarten<sup>1</sup> zu beantragen.
- Zur Erteilung von Untervollmachten ist der Bevollmächtigte nicht berechtigt.
- Die Vollmacht kann vom Kontoinhaber jederzeit gegenüber der Bank/Sparkasse widerrufen werden. Widerruft der Kontoinhaber die Vollmacht gegenüber dem Bevollmächtigten, so hat der Kontoinhaber die Bank/Sparkasse hierüber unverzüglich zu unterrichten. Der Widerruf gegenüber der Bank/Sparkasse und deren Unterrichtung sollten aus Beweisgründen möglichst schriftlich erfolgen.
- Die Vollmacht erlischt nicht mit dem Tod des Kontoinhabers; sie bleibt für den Erben des verstorbenen Kontoinhabers in Kraft. Widerruft einer von mehreren Miterben die Vollmacht, so kann der Bevollmächtigte nur noch diejenigen Miterben vertreten, die seine Vollmacht nicht widerrufen haben. In diesem Fall kann der Bevollmächtigte von der Vollmacht nur noch gemeinsam mit dem Widerrufenden Gebrauch machen. Die Bank/Sparkasse kann verlangen, dass der Widerrufende sich als Erbe ausweist.

<sup>1</sup>Begriff institutsabhängig, zum Beispiel ec bzw. Maestro-Karte oder Kundenkarte

### Wichtige Hinweise für den Kontoinhaber/Vollmachtgeber

Ab wann und unter welchen Voraussetzungen der Bevollmächtigte von dieser Vollmacht Gebrauch machen darf, richtet sich nach den gesondert zu treffenden Vereinbarungen zwischen dem Kontoinhaber und dem Bevollmächtigten. Unabhängig von solchen Vereinbarungen kann der Bevollmächtigte gegenüber der Bank/Sparkasse **ab dem Zeitpunkt der Ausstellung** dieser Vollmacht von ihr Gebrauch machen.

Die Bank/Sparkasse prüft **nicht**, ob der „Vorsorgefall“ beim Kontoinhaber/Vollmachtgeber eingetreten ist.

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers	
--	--

Der Bevollmächtigte zeichnet:

Ort, Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten = Unterschriftenprobe	
--	--

Ihre Bank/Sparkasse ist **gesetzlich verpflichtet**, den Bevollmächtigten anhand eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zu identifizieren. Zur Erteilung der Konto-/Depotvollmacht suchen Sie daher bitte in Begleitung Ihres Bevollmächtigten Ihre Bank/Sparkasse auf.