

# 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.

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

Ich, ..... Geburtsname.....

geb. am ..... in .....

derzeit wohnhaft ..... Telefon-Nr. ....

**bevollmächtigte** gemäß § 1896 Absatz 2 BGB je einzeln:

1. Herrn/Frau..... geb. am..... in .....

derzeit wohnhaft..... Telefon-Nr. ....

in meinen Angelegenheiten

der Vermögenssorge (Ziffern 1-4)

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

2. Herrn/Frau..... geb. am..... in .....

derzeit wohnhaft..... Telefon-Nr. ....

in meinen Angelegenheiten

der Vermögenssorge (Ziffern 1-4)

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

ersatzweise für den Fall, daß die genannten Personen die Vollmacht aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht wahrnehmen können oder dürfen oder die genannten Personen die Übernahme einer solchen Vollmacht ablehnen

3. Herrn/Frau..... geb. am..... in .....

derzeit wohnhaft..... Telefon-Nr. ....

in meinen Angelegenheiten

der Vermögenssorge (Ziffern 1-4)

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: 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.

- Bei Überweisungen, Daueraufträgen und Barabhebungen über EUR ..... ist die schriftliche Zustimmung des Kontrollbevollmächtigten einzuholen.
- 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.
- -nicht- 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 aufrecht erhalten.
- 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 Gesundheitszustand auch gegen meinen Willen.

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

Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet alle mich behandelnden Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Sozialarbeiter und Pflegekräfte, den 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.

Hiervon ausgenommen ist/sind:

Frau/Herr.....

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

Der Bevollmächtigte nimmt 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, Rechtsmittel gegen eine etwaige Betreuerbestellung für mich vor den Gerichten einzulegen.

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

### ***D. Kontrollbevollmächtigte***

Der Bevollmächtigte soll gegebenenfalls nicht durch ein Gericht nach § 1896 Abs. 3 BGB, sondern durch eine Person meines Vertrauens beaufsichtigt werden. Aufgabe des Kontrollbevollmächtigten ist die Wahrnehmung meiner Rechte gegenüber meinem Bevollmächtigten auch durch die Überprüfung eines interessengerechten Gebrauches dieser Vollmacht. Der Kontrollbevollmächtigte berät den Bevollmächtigten und unterstützt ihn bei der Wahrnehmung der ihm erteilten Vollmacht.

Zur/zum Kontrollbevollmächtigten (Vollmachtbetreuer/in) gemäß § 1896 Absatz 3 BGB bestimme ich

Frau / Herrn ..... Rechtsanwalt/Rechtsanwältin

Anschrift.....

Telefon .....

Der Kontrollbevollmächtigte ist befugt, von allen mit der Vollmacht befassten Personen sowie Ämtern, Gerichten, Einrichtungen und Ärzten unbeschränkt Auskünfte betreffend meine Person einzuholen. Wichtige Entscheidungen des Bevollmächtigten meine Person betreffend sind dem Kontrollbevollmächtigten unverzüglich mitzuteilen.

Der Kontrollbevollmächtigte kann im Einzelfall Entscheidungen des Bevollmächtigten zu widersprechen und durch eigene Entscheidung zu ersetzen. Dies insbesondere dann wenn der Bevollmächtigte meinem erklärten Willen und Wohl zuwiderhandelt. Für diesen Fall ist eine Entscheidung des Kontrollbevollmächtigten dem Bevollmächtigten und Dritten gegenüber bindend. Dem Kontrollbevollmächtigten ist auf Verlangen ein Vermögensverzeichnis durch den Bevollmächtigten zu erstellen und einmal jährlich Rechnung über meine wirtschaftlichen Verhältnisse zu legen. Der Kontrollbevollmächtigte ist befugt, bei erheblichem Missbrauch dieser Vollmacht durch den Bevollmächtigten die erteilte Vollmacht zu widerrufen und anstatt des Bevollmächtigten den von mir benannten Ersatzbevollmächtigten zum Bevollmächtigten dieser Vollmacht zu benennen.

### ***E. Interessengerechte Ausübung der Vollmacht***

Die Grundsätze über die interessengerechte Ausübung dieser Vollmacht habe ich in Anlage in einer gesonderten Verfügung niedergelegt. Diese Verfügung ist für die/den Bevollmächtigte(n) und die/den Kontrollbevollmächtigte(n) bei der Ausübung der ihm eingeräumten Rechte und Pflichten bindend. Die Verfügung ist Bestandteil dieser Vorsorgevollmacht.

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.

### ***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 von einem Arzt meines Vertrauens getroffen werden.

Für den Fall, daß Zweifel daran bestehen sollten, daß ich außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, bestimme ich, daß

Herrn/Frau Dr. med.....

Anschrift:.....

Telefon Nr. ....

die erforderlichen Feststellungen zu dieser Frage durch eingehende medizinische Untersuchung trifft.

Das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung ist dieser Vollmacht beizufügen. **Ausdrücklich soll diese Vollmacht auch ohne ärztliches Attest nur dann gelten, wenn psychiatrische Zwangsmaßnahmen gegen mich eingeleitet werden sollten.**

### ***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.

....., den .....

(Unterschrift) .....

### **Fußnote**

1. Beglaubigung der Unterschrift durch einen Notar oder die Betreuungsbehörde notwendig