

**Vollmacht**

Ich, \_\_\_\_\_ (Vollmachtgeber/in)  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsname Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax

erteile hiermit Vollmacht an:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	29.04.2010	Datum		Datum	29.04.2010
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name		Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.0., Stand: 04/10		2018-03-22_Vollmacht			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 1 von 5					

## 1. Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- a) Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.

Ja  Nein

- b) Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein können oder ich einen schweren oder länger dauernde gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

Ja  Nein

- c) Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen, ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Ja  Nein

- d) Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettseitenteil, Medikamente u.ä.) in einer Pflegeeinrichtung oder sonstige Einrichtungen (§1906 Abs. 1 BGB) entscheiden, solange der gleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ja  Nein

### Sonstiges

e) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

f) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

g) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

h) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	29.04.2010	Datum		Datum	29.04.2010
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name		Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.0., Stand: 04/10		2018-03-22_Vollmacht			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 2 von 5					

## 2. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

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

Ja  Nein

- b) Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

Ja  Nein

- c) Sie darf einen Vertrag mit einer Pflegeeinrichtung abschließen oder kündigen.

Ja  Nein

Sonstiges

- d) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## 3. Behörden

- a) Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja  Nein

Sonstiges

- b) \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## 4. Vermögenssorge

- a) 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, zurücknehmen,

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	29.04.2010	Datum		Datum	29.04.2010
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name		Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.0., Stand: 04/10		2018-03-22_Vollmacht			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 3 von 5					

Ja  Nein

namentlich

- Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen  Ja  Nein
- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen  Ja  Nein
- Verbindlichkeiten eingehen  Ja  Nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten  Ja  Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist  Ja  Nein

Folgende Geschäfte soll Sie **nicht** wahrnehmen:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank angebotene Kontovollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z.B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Kont-Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank sicher eine Lösung finden.

Für Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarielle Vollmacht erforderlich!

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	29.04.2010	Datum		Datum	29.04.2010
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name		Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.0., Stand: 04/10		2018-03-22_Vollmacht			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 4 von 5					

**5. Post und Fernmeldeverkehr**

a) Sie darf für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie der Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen abgeben.

Ja  Nein

**6. Vertretung vor Gericht**

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

Ja  Nein

**7. Untervollmachten**

a) Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmachten erteilen.  Ja  Nein

**8. Betreuungsverfügungen**

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

Ja  Nein

**9. Weitere Regelungen**

---



---

.....  
Ort, Datum            Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

.....  
Ort, Datum            Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

Beglaubigungsvermerk

Erstellt		Geprüft		Geändert		Freigabe	
Datum	27.04.2010	Datum	29.04.2010	Datum		Datum	29.04.2010
Name	Steinbrink	Name	H. Bürgener	Name		Name	H. Bürgener
Änderungsstatus/Rev/Stand		Rev. 1.0., Stand: 04/10		2018-03-22_Vollmacht			
© Dr. Feuchter-Stiftung		Seite 5 von 5					