

Meine Daten

Name	Geburtsname
------	-------------

Vorname	
---------	--

Geboren am	Geburtsort
------------	------------

Anschrift	
-----------	--

Für den Fall, dass ich vorübergehend oder dauerhaft nicht fähig sein sollte meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, bevollmächtige ich – auch über meinen Tod hinaus – gemäß §§ 1896 Abs. 2 Satz 2, 185, 164 ff BGB

Name	Vorname
------	---------

Geboren am	Geburtsort
------------	------------

Anschrift	
-----------	--

Telefon	
---------	--

Ersatzweise

Name	Vorname
------	---------

Geboren am	Geburtsort
------------	------------

Anschrift	
-----------	--

Telefon	
---------	--

Dass ich aufgrund meiner körperlichen bzw. geistigen Verfassung nicht in der Lage bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, muss von einem Arzt festgestellt werden.

Umfang der Vollmacht

Diese Vollmacht gilt für alle Vermögens-, Renten-, Kranken- und sonstige Rechtsangelegenheiten in jeder Art. Sie berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten bei medizinischer Behandlung und Pflege, meinem Willen entsprechend zu handeln. Dieser wird in diesem Dokument festgehalten.

Inhalte, die diese Vollmacht umfasst

1. Im gesundheitlichen Bereich

- Abgabe von Erklärungen im Behandlungsgeschehen, z.B. die Einwilligung in operative Eingriffe, zur Verabreichung von Medikamenten oder Maßnahmen, die lebensgefährdent oder mit schwerwiegenden Nebenwirkungen einhergehen.
 - Aufenthaltsbestimmung: Entscheidung über die Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim bzw. Entlassung aus diesen.
 - Zusätzliche Verfügungen
-

2. Im vermögensrechtlichen Bereich

ja nein

- Führung aller Rechtsgeschäfte
 - Vermögensverfügungen
 - Regelung aller postalischen Angelegenheiten
 - Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
 - Sonstiges
-

Organspende

- Mit einer Organspende bin ich einverstanden.
- Eine Organspende lehne ich ausdrücklich ab.

Ich behalte mir vor, diese Vorsorgevollmacht jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Zum Fall einer Betreuung

Sollte trotz dieser Vollmacht ausnahmsweise die Bestellung eines Betreuers notwendig sein, ist diese Person mein Vorschlag

Name Vorname

Geboren am Geburtsort

Anschrift

Telefon

Bestätigung des Vollmachtgebers

Ort, Datum Unterschrift

Zeugen

Ich/wir bestätige/n, dass Frau/Herr

diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte und nach intensiver Überlegung verfasst hat.

Ort, Datum Zeugen-Name und Unterschrift

Ort, Datum Zeugen-Name und Unterschrift

Ort, Datum Zeugen-Name und Unterschrift

Ort, Datum Zeugen-Name und Unterschrift

Bestätigung (sollte alle zwei Jahre aktualisiert werden)

Hiemit bestätige ich durch folgende Unterschrift, dass meine Verfügung noch aktuell ist.

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift

Datum Unterschrift