

VORSORGEVOLLMACHT

1. Vollmachtgeber/in

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

2. Bevollmächtigte Person

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

(Ersatzbevollmächtigte Person – optional)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

3. Umfang der Vollmacht

■ Gesundheitssorge und Pflegebedürftigkeit

- Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen
- Operationen und lebensverlängernde Maßnahmen
- Einsicht in Krankenunterlagen
- Abschluss/Kündigung von Pflegeverträgen

■ Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

- Bestimmung des Aufenthaltsortes
- Umzug in Pflegeheim
- Abschluss/Kündigung von Mietverträgen

■ Vermögenssorge

- Verwaltung von Bankkonten
- Verfügung über Vermögen
- Vertragsabschlüsse
- Vertretung gegenüber Banken, Behörden, Versicherungen

■ Behörden- und Rechtsangelegenheiten

- Vertretung vor Gerichten
- Antragstellung bei Behörden
- Entgegennahme und Öffnung meiner Post

Untervollmacht:

■ Darf erteilt werden

■ Darf nicht erteilt werden

4. Wirksamkeit

■ Gilt ab sofort

■ Gilt erst bei Geschäftsunfähigkeit

Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus, bis Widerruf durch Erben.

5. Sonstige Wünsche / Ergänzungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____