

1. Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit

- ja nein Die o.g. Person darf in allen Angelegenheiten der Gesundheits- und einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege entscheiden und ist gehalten, sich dabei an dem in meiner Patientenverfügung geäußerten Willen zu orientieren.
- ja nein Sie darf insbesondere in sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung sowie in ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahme die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§1904 Abs. 4 BGB).
- ja nein Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle behandelnden Ärztinnen / Ärzte und nicht ärztliches Personal gegenüber der bevollmächtigten Person von ihrer Schweigepflicht.
- ja nein Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906a Abs. 1 BGB) und über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus entscheiden, wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt (§1906a Abs. 4 BGB), sowie über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§1096a Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. Zusätzlich ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichts notwendig (§1906 Abs. 2 und 5, §1906a Abs. 2 und 5 BGB).

2. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten

- ja nein Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus meinem Mietvertrag (inkl. einer Kündigung) wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen und einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen, ändern und kündigen.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

3. Vertretung vor Behörden

- ja nein Sie darf mich vor Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

4. Vertretung vor Gericht

- ja nein Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

5. Vermögenssorge

- ja nein Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen im In- und Ausland vornehmen.

Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen dürfen:

6. Post- und Fernmeldeverkehr

- ja nein Sie darf die für mich bestimmte Post- auch mit dem Vermerk "persönlich" - entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Dies gilt auch für die modernen elektronischen Kommunikationsformen (z.B E-Mails, Telefonanrufe, Abhören von Anrufbeantwortern und Mailbox. Zudem darf sie alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

7. Digitale Medien

- ja nein Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z.B. PV, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web (Internet), insbesondere Benutzerkonten, zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

8. Totensorge und Bestattung

ja nein Sie ist dazu ermächtigt, meine Bestattung nach meinen Wünschen zu regeln.

9. Untervollmachten

ja nein Sie ist dazu ermächtigt, für einzelne Bereiche Untervollmachten zu erteilen (z.B. Steuerberater, Anwalt).

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Abweichend von den o.g. bevollmächtigten Personen möchte ich für die Bereiche

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit | <input type="checkbox"/> | 6. Post- und Fernmeldeverkehr |
| <input type="checkbox"/> | 2. Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten | <input type="checkbox"/> | 7. Digitale Medien |
| <input type="checkbox"/> | 3. Vertretung vor Behörden | <input type="checkbox"/> | 8. Totensorge und Bestattung |
| <input type="checkbox"/> | 4. Vertretung vor Gericht | <input type="checkbox"/> | 9. Untervollmachten |
| <input type="checkbox"/> | 5. Vermögenssorge | | |
- (Zutreffendes bitte ankreuzen)

eine ausschließliche Vertretung durch folgende Person:

_____ Vorname	_____ Nachname	_____ Geburtsdatum
_____ PLZ, Wohnort	_____ Straße, Haus-Nr.	_____ Telefon

Bestätigung durch die Bevollmächtigten

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht in der o.g. Weise zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung an den Wünschen und Werten der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers zu orientieren.

Bevollmächtigte/r

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift
---------------------	-----------------------

Vertreter/in der / des Bevollmächtigten

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis auf eine existierende Patientenverfügung / Betreuungsverfügung

- Ich besitze eine Patientenverfügung. Die / Der Vorsorgebevollmächtigte hat die in meiner Patientenverfügung geäußerten Erklärungen zu achten. Ich habe mit meiner / meinem Bevollmächtigten über ihre Inhalte gesprochen.
- Ich besitze **keine** Patientenverfügung.
- Ich besitze eine Betreuungsvollmacht.
- Ich besitze **keine** Betreuungsvollmacht.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vorsorgevollmacht jederzeit ändern oder formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bestätigung durch eine Zeugin / einen Zeugen: (Angaben nicht erforderlich)

Hiermit bestätige ich, dass diese Erklärung unter den o.g. Voraussetzungen von der Verfasserin / vom Verfasser selbst unterschrieben wurde.

Ort, Datum

Unterschrift