

Vorsorgevollmacht

Hiermit erteile ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ Wohnort:

Telefon:

ohne Zwang und aus freiem Willen für den Fall, dass ich zeitweise oder dauerhaft meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, folgende Vollmacht:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ Wohnort:

Telefon:

wird bevollmächtigt, mich in allen persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist, gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten. Dies ist dann der Fall, wenn ich aufgrund von Krankheit, Unfall oder Ähnlichem nicht mehr in der Lage sein sollte, meine finanziellen und wirtschaftlichen Belange wahrzunehmen.

Wird für die Rechtsgeschäfte, für die die/der Bevollmächtigte keine Vertretungsvollmacht hat, ein Betreuer bestellt, so bleibt die Vollmacht im Übrigen bestehen. Die Vollmacht soll durch meinen Tod nicht erlöschen.

Die/der Bevollmächtigte ist befugt, Rechtsgeschäfte mit sich in eigenem Namen unter Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB und als Vertreterin Dritter vorzunehmen.

Diese Vollmacht soll eine Betreuung gemäß Betreuungsgesetz (§§ 1896 BGB ff.) ausschließen.

Die Vollmacht umfasst insbesondere:

- **Vermögensangelegenheiten, z. B.**
über Vermögensgegenstände und Bankkonten zu verfügen.
Zahlungen und Wertgegenstände entgegenzunehmen und den Empfang zu quittieren.
Zahlungen in meinem Namen vorzunehmen.
Verbindlichkeiten einzugehen.
Einen Heimvertrag oder eine ähnliche Vereinbarung abzuschließen.
Ggf. das Mietverhältnis über meine Wohnung aufzulösen.
Eine Rente oder andere Sozialleistungen für mich zu beantragen, Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Versicherungen und Krankenkasse.

- **Persönliche Angelegenheiten, z. B.**
Entscheidung über meine Unterbringung in einem Krankenhaus oder Pflegeheim.
Vertretung in Gesundheitsangelegenheiten, insbesondere bei der Einwilligung in eine Operation oder sonstige freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen.
In diesem Zusammenhang entbinde ich den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin von der Schweigepflicht gegenüber den Bevollmächtigten.

Sollten Teile dieser Vollmacht unwirksam sein, so soll dies nichts an der Wirksamkeit der restlichen Teile ändern.

Ort, Datum

Unterschrift d. Vollmachtgeber/s/in

Zusatz: Mit seiner Unterschrift bestätigt die/der Bevollmächtigte, dass sie/er von meiner Vollmacht Kenntnis genommen hat. Sie/er sichert mir damit zu, sich dafür einzusetzen, dass im Fall meiner Entscheidungsfähigkeit meine Wünsche und Wertvorstellungen respektiert werden.

Ort, Datum

(Unterschrift der/des Bevollmächtigten)

(vollm.dot)

Vorsorgevollmacht Seite 2
der Fuldaer Integrations-Stiftung FIS
Haus Arche Noah, Am Hädenberg 8,
36137 Großenlüder-Bimbach

Telefon 06648 6289750

www.fis-fulda.de