

# Vollmacht

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

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_ (vollständige Anschrift)

erteile hiermit Vollmacht an

\_\_\_\_\_ (Bevollmächtigte/r)

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_ (vollständige Anschrift)

1.

Die Bevollmächtigte/Der Bevollmächtigte wird ermächtigt, mich in allen Vermögens-, Renten- oder Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Rechtsangelegenheiten in jeder denkbaren Richtung zu vertreten. Die Vollmacht berechtigt insbesondere zur Verwaltung meines Vermögens, zur Verfügung über Vermögensgegenstände zum Vermögenserwerb, zum Abschluss eines Heimvertrags oder einer ähnlichen Vereinbarung, zur Auflösung des Mietverhältnisses über meine Wohnung, zur Beantragung von Renten, Sozialhilfe und anderen Sozialleistungen, zu geschäftsähnlichen Handlungen und zu allen Verfahrensverhandlungen.

Die Bevollmächtigte/Der Bevollmächtigte hat im Rahmen meiner Vertretung folgendes zu beachten:

---

---

---

---

Schenkungen können vorgenommen werden, wenn diese der Erfüllung einer sittlichen Pflicht dienen. Insbesondere bestimme ich:

---

---

2.

**Die Vollmacht gilt nur, wenn die bevollmächtigte Person das Original der Vollmacht vorlegen kann.**

3.

Sollte \_\_\_\_\_ (Name des Bevollmächtigten) an der Ausübung der Vollmacht verhindert sein, bevollmächtige ich ersatzweise \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Name und Anschrift des ersatzweise Bevollmächtigten).

4.

Die Vollmacht und das hier zugrunde liegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte oder wenn ich nicht mehr lebe. Die Vollmacht ist stets widerruflich.

5.

Meine Bevollmächtigte/Mein Bevollmächtigter soll für mich über notwendige Einwilligungen in ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen und Eingriffe entscheiden und zusammen mit den behandelnden Ärzten Art und Umfang der erforderlichen Medikamente bestimmen. Das gilt auch, wenn mit einem ärztlichen Eingriff die Gefahr des Todes oder eines schweren gesundheitlichen Schadens verbunden ist.

Für die Durchführung einer ärztlichen Heilbehandlung ist für mich maßgebend:

---

---

---

---

Ferner soll sie/er die Entscheidung darüber treffen, ob freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich sind, insbesondere die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung eines Alten- oder Pflegeheimes, einer geschlossenen Station eines Krankenhauses oder einer ähnlichen Einrichtung, aber auch pflegerische Maßnahmen wie Bauchgurt, Bettgitter u. ä.

---

Ort , Datum Unterschrift