

# Vollmacht

---

**Ich**

.....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Vollmachtgeber/in)

.....  
(Straße, Postleitzahl und Ort)

.....  
(Telefon, E-Mail)

**erteile hiermit Vollmacht an**

.....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Vollmachtnehmer/in)

.....  
(Straße, Postleitzahl und Ort)

.....  
(Telefon, E-Mail)

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Im **Falle** der **Verhinderung** der **bevollmächtigten** Person benenne ich als **Ersatzbevollmächtigten:**

.....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Ersatzbevollmächtigte/r)

.....  
(Straße, Postleitzahl und Ort)

.....  
(Telefon, E-Mail)

## Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen

Ja                       Nein

- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zur Durchführung einer Heilbehandlung und in ärztliche Eingriffe einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen die Gefahr besteht, dass ich sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB). Die Vollmacht umfasst somit auch die Entscheidung über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen.

Ja                       Nein

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.

Ja                       Nein

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB), über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.

Ja                       Nein

Sie darf unter den Voraussetzungen des § 1906a Abs.1 Nr.1-7 BGB über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes entscheiden.

Ja                       Nein

Wenn eine ärztliche Zwangsmaßnahme in Betracht kommt, darf sie über meine Verbringung zu einem stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus (§1906a Abs. 4 BGB) entscheiden.

Ja                       Nein

**Hinweis: Die vom Bevollmächtigten beabsichtigten Zwangsmaßnahmen bedürfen der Genehmigung durch das zuständige Betreuungsgericht.**

## Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

Ja                       Nein

- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.

Ja                       Nein

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Beratungsvertragsgesetz (Vertrag über die Überlassung von Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen; ehemals: Heimvertrag) abschließen und kündigen.

Ja                       Nein

## Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja                       Nein

## Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern oder zurücknehmen.

Ja                       Nein

namentlich

- Über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen,

Ja                       Nein

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,

Ja                       Nein

- Verbindlichkeiten eingehen,

Ja                       Nein

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten,

Ja                       Nein

- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

Ja                       Nein

Folgende Geschäfte soll sie **nicht** wahrnehmen können:

.....

.....

.....

.....

### **Post und Fernmeldeverkehr**

- Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja                       Nein

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten im World Wide Web, auf Benutzerkonten und Profile im SNS zugreifen, sie ändern und löschen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

•  Ja                       Nein

### **Vertretung vor Gericht**

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

Ja                       Nein

### **Untervollmacht**

- Sie darf Untervollmacht erteilen

Ja                       Nein

### **Betreuungsverfügung**

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

Ja                       Nein

## Geltung über den Tod hinaus

- Die Vollmacht gilt über den Tod hinaus.  Ja  Nein

## Weitere Regelungen

.....  
.....  
.....

(ggf. Extrablatt verwenden)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin)

(Nicht zwingend erforderlich)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Vollmachtnehmers/der Vollmachtnehmerin)

### **Notiz:**

Eine Registrierung dieser Vollmacht im

Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer  
Postfach 080151  
Kronenstr. 42  
10001 Berlin  
Internet: [www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)

ist am \_\_\_\_\_ erfolgt.

Stadt Bielefeld  
Der Oberbürgermeister  
Amt für soziale Leistungen – Sozialamt –  
Örtliche Betreuungsbehörde – 500.321

Vordruck nach dem Muster des Formulars „Vollmacht“  
des Justizministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen  
Stand: 1. September 2017