

VORSORGEVOLLMACHT

Familienname:	
Vorname:	
geb. am:	
Anschrift:	

Ich bevollmächtige widerruflich und über meinen Tod hinaus

Familienname: _____	Familienname: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
geb. am: _____	geb. am: _____
Anschrift: _____	Anschrift: _____

im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und /oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten. Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn oben beschriebener Zustand von einer Ärztin/einem Arzt mit Datum bescheinigt wird.

- Jeder kann für sich alleine entscheiden und handeln.
- Die Bevollmächtigten dürfen nur gemeinschaftlich entscheiden und handeln.
- Vertretungsregelung lautet wie folgt:

**Die Vorsorgevollmacht erstreckt sich auf folgende Lebensbereiche
(nicht Gewünschtes bitte streichen)**

1. Bestimmung des Wohnortes und Aufenthaltes (ausgenommen eine geschlossene Unterbringung)
2. Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
3. Gesundheitsfürsorge
4. Entscheidung über unterbringungsähnliche Maßnahmen
5. Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung
6. Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
7. Regelungen vermögensrechtlicher Angelegenheiten
8. Der/die Bevollmächtigte/r/n wird/werden ermächtigt, an mich gerichtete Post entgegen zu nehmen
9. _____

Mein/e Bevollmächtigte/r/n soll/en meine nachfolgenden Wünsche respektieren und soweit zumutbar und durchführbar berücksichtigen:

Für mich besteht eine Patientenverfügung

Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden. Die Erläuterungen und Hinweise zu den einzelnen Bereichen habe ich gelesen und verstanden. Die vorliegende Vollmacht erteile ich in völliger Freiheit und nach Absprache mit der/dem/den Bevollmächtigten:

Ort / Datum

Unterschrift des/der Vollmachtgebers(in)

Unterschrift des /der Bevollmächtigten

ggfls. Unterschrift Zeuge (in) (z.B. Hausarzt)

Die nachfolgende ärztliche Bescheinigung ist erst auszufüllen, wenn umseitig beschriebene, krankheitsbedingte Umstände eingetreten sind

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich , dass der/die vorgenannte/n Vollmachtgeber/in

zur Zeit bzw.

dauerhaft

infolge einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung außerstande ist, eigene Entscheidung zu treffen.

Name und Anschrift der Ärztin/ des Arztes:

Ort/Datum:

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes:

Erläuterungen und Hinweise zur VORSORGEVOLLMACHT

- zu 1. Die Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes betrifft Entscheidungen, wo mein (neuer) Lebensmittelpunkt sein soll. Im Bereich der Aufenthaltsbestimmung hat der/die Bevollmächtigte das Recht, mich in einem Heim unterzubringen und einen Heimvertrag abzuschließen.
- zu 2. Regelung von Wohnungsangelegenheiten umfassen alle rechtsgeschäftlichen Erklärungen, die in Zusammenhang mit einem Mietverhältnis stehen, insbesondere auch Kündigung und die Wohnungsauflösung.
- zu 3. Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge umfassen ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen und operative Eingriffe. Der behandelnde Arzt ist gegenüber der/ dem Bevollmächtigten nicht an seine ärztliche Schweigepflicht gebunden. Bei ärztlichen Eingriffen, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, muss möglichst frühzeitig eine Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht eingeholt werden.
- zu 4. Unter unterbringungsähnlichen Maßnahmen, wie Bettgitter, geriatrischer Stuhl, Bett- und Bauchgurte oder ruhigstellende Medikamente, sind freiheitsentziehende Regelungen in einem Heim, Krankenhaus oder einer ähnlichen Einrichtung zu verstehen, sofern sie über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig Anwendung finden und von einem Arzt für erforderlich gehalten werden. Eine Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht ist vorher einzuholen bzw. unmittelbar nachzuholen. Im häuslichen Bereich ist eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nicht erforderlich.
- zu 5. Die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses oder einem Heim ist nur zulässig, wenn sie zum Wohle des Betroffenen erforderlich ist, weil
- auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Vollmachtgebers die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblich gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
 - eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die/der ohne die Unterbringung des Vollmachtgebers nicht durchgeführt werden kann und er aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
- Die geschlossene Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes zulässig. Erfolgt eine geschlossene Unterbringung ohne vorherige vormundschaftsgerichtliche Genehmigung, weil mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist, muss die Genehmigung unverzüglich beim Vormundschaftsgericht nachgeholt werden.
- zu 6. Diese Regelung betrifft die Wahrnehmung der Interessen gegenüber Behörden und Leistungsträgern, z.B. Kranken- und Pflegekassen, Sozialämter, Versicherungen, Beihilfestellen, private und öffentliche Rententräger und Versorgungsämter.
- zu 7. Der/die Bevollmächtigte/n entscheidet/ entschieden in allen laufenden finanziellen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten, wie z.B. Begleichung von Rechnungen, Mietzahlungen und Heimpflegekosten, Geltendmachung von Forderungen, Verwaltung des Vermögens, z.B. Girokonto- und Sparbuchverwaltung.
- zu 8. Der/ die Bevollmächtigte/n wird/werden befugt zur Entgegennahme, zum Anhalten und Öffnen der Post. Ausnahme: Die Gerichtspost darf nur Betroffenen in Empfang genommen und geöffnet werden.

Wichtige Hinweise:

1. Diese **Vorsorgevollmacht** berechtigt **nicht** zu **Haus- und Grundstücksgeschäften**. Es wird empfohlen, diesbezügliche Regelungen über einen Notar zu treffen.
2. Betreffend Regelungen bei Banken, Sparkassen und sonstigen Geldinstituten wird empfohlen, sich persönlich mit Ihrem Geldinstitut in Verbindung zu setzen!
3. Die vorliegende **Vorsorgevollmacht** wird von den Gerichten der Amtsgerichtsbezirke Düren und Jülich **akzeptiert**.
4. Der **Widerruf** dieser **Vorsorgevollmacht** ist **jederzeit** möglich.
5. Die Unterschrift eines Zeugen ist zur Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht nicht zwingend erforderlich. Zur Vermeidung eventueller Streitigkeiten wird die Konsultierung des Hausarztes empfohlen, damit dieser durch seine Unterschrift die Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers bestätigt.
6. Bitte bedenken Sie, dass diese **Vorsorgevollmacht** grundsätzlich nicht unter Kontrolle einer Behörde /sonstigen Institution steht. Daher bitte nur davon Gebrauch machen, wenn gegenüber dem/ der/ den Vollmachtnehmer/in/n entsprechendes Vertrauen besteht.
7. **Beratung, Unterstützung und Hilfestellung** erhalten Sie bei den zuständigen örtlichen **Betreuungsstellen, Betreuungsvereinen** und den **Amtsgerichten**.