

Betreuungsverfügung

Dient auch zur Vorlage beim Vormundschaftsgericht

Ich

(Vollmachtgeber) Vor- und Zuname:

geboren am: in:

wohnhaft in:

schlage **für den Fall, dass für mich ein gesetzlicher Betreuer bestellt werden muss**, gemäß §1897 Abs. BGB hierfür die folgende Person als Betreuer für alle erforderlichen Angelegenheiten vor:

Frau/Herr geb. am

wohnhaft:

Telefon:

Falls die vor bezeichnete Person nicht übernehmen will oder kann, schlage ich als Ersatzperson die folgende Person vor:

Frau/Herr geb. am

wohnhaft:

Telefon:

Auf keinen Fall wünsche ich dass die folgende Person zum Betreuer bestellt wird:

Frau/Herr geb. am

wohnhaft: Telefon:

Unterschrift Vollmachtgeber

Blatt 2

Die in meiner Patientenverfügung vom geäußerten Wünsche sind von meinem Betreuer zu befolgen. Insbesondere obliegt es meinem Betreuer auch, die in meiner Patientenverfügung von mir niedergelegten Wünsche gegenüber Ärzten und Pflegepersonal, aber ggf. auch gegenüber dem Vormundschaftsgericht durchzusetzen. Diese Verfügung habe ich (Vollmachtgeber) freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ich/Wir bestätige/n, dass Frau/Herr
diese Verfügung im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig war.

Name, Geburtsdatum:

Anschrift/en:

Unterschrift Vollmachtgeber Blatt 1

Ort, Datum: Unterschrift der Zeugen:

.....
Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtgebers / Unterschrift des Bevollmächtigten

.....
Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtgebers (für spätere Bestätigung)

.....
Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtgebers (für spätere Bestätigung)

.....
Ort, Datum Unterschrift des Vollmachtgebers (für spätere Bestätigung)

Vorsorgevollmacht

Name:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Für den Fall, **dass ich vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern**, bevollmächtige ich über meinen Tod hinaus gemäß §§1896 Abs. 2, 164 ff BGB

Frau/Herrn geb. am

wohnhaft Telefon

ersatzweise

Frau/Herrn geb. am

wohnhaft Telefon

Die Feststellung, dass ich wegen meiner körperlichen oder geistigen Verfassung außerstande bin, meine Angelegenheiten selbst zu regeln und meinen Willen zu äußern, muss in jedem Falle von einem Arzt getroffen werden.

Umfang der Vollmacht

Die Vollmacht erstreckt sich auf alle Vermögens-, Renten-, Kranken-, Pflegeversicherungs-, Sozialhilfe-, Steuer- und sonstige Rechtsangelegenheiten in jeder denkbaren Richtung. Sie berechtigt und verpflichtet meinen Bevollmächtigten, meinem Willen entsprechend zu handeln, wie er in dieser Vollmacht zum Ausdruck kommt. Die Vollmacht umfasst insbesondere folgende Befugnisse:

- Vermögenserwerbungen und -veräußerungen sowie Belastungen jeder Art für den Vollmachtgeber vorzunehmen und Verbindlichkeiten beliebiger Art und Höhe für mich - auch in vollstreckbarer Form - einzugehen;
- Vermögenswerte beliebiger Art, namentlich Geld, Sachen, Wertpapiere und Schriftstücke für mich in Empfang zu nehmen;
- über meine vorhandenen Konten bei Banken beliebig zu verfügen;
- mich als Erben, Pflichtteilsberechtigten, Vermächtnisnehmer, Schenker oder Beschenkten in jeder Weise, namentlich auch bei Vermögens- und Gemeinschaftsaueinandersetzungen jeder Art, zu vertreten und auch Ausschlagungserklärungen für mich abzugeben;
- meine Versorgungsangelegenheiten (Pension, Rente usw.) zu regeln;
- Prozesse für mich als Kläger oder Beklagter zu führen und hierbei die Rechte eines Prozessbevollmächtigten im vollen Umfange des § 81 ZPO auszuüben, mich in allen gerichtlichen und außergerichtlichen Verfahren als Gläubiger oder Schuldner, Kläger oder Beklagten oder in jeder sonst wie in Frage kommenden Eigenschaft ohne jede Einschränkung zu vertreten;

Unterschrift Vollmachtgeber

Vorsorgevollmacht

- Blatt 2 -

- Verträge sonstiger Art unter beliebigen Bestimmungen abzuschließen, Vergleiche einzugehen, Verzichte zu erklären und Nachlässe zu bewilligen.
- zu allen Verfahrenshandlungen, auch i. S. v. § 135GB X
- den Haushalt aufzulösen und über das Inventar zu verfügen;
- Vereinbarungen mit Kliniken, Alters- und Pflegeheimen abzuschließen und zum Zwecke hierfür Sicherungshypotheken auch für den Sozialhilfeträger zu bestellen;
- über Art und Umfang der Beerdigung zu entscheiden und Sterbegelder in Empfang zu nehmen und darüber zu quittieren;
- den Nachlass bis zur amtlichen Feststellung der Erben in Besitz zu nehmen und zu verwalten;
- den Vollmachtgeber gegenüber Gerichten zu vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vorzunehmen.

Die Vollmacht wird mit der Unterzeichnung durch mich wirksam und gilt nach außen uneingeschränkt. Im Innenverhältnis wird der Bevollmächtigte jedoch angewiesen, die Vollmacht nur nach meiner vorherigen Weisung zu gebrauchen. Die Vollmacht ist nur wirksam, soweit und solange der Bevollmächtigte bei einer Vornahme einer jeden Vertreterhandlung im unmittelbaren Besitz der Vollmachtsurkunde ist.

(Bitte Gewünschtes ankreuzen und Ungewünschtes streichen).

Der Bevollmächtigte kann diese Vollmacht ganz oder teilweise auf andere übertragen und eine solche Übertragung widerrufen.

Widerruf der Vollmacht

Ich behalte mir vor, diese Vollmacht jederzeit zu widerrufen.

Wichtig: Sollte auf Grund wechselnder Gesetze diese Entscheidung von einem Gericht getroffen werden müssen, so beauftrage ich den Bevollmächtigten, die Zustimmung des Gerichtes auch mit Hilfe eines Rechtsanwaltes zu erlangen.

Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/ des Vollmachtgebers:

.....

..... (für spätere Bestätigung)

..... (für spätere Bestätigung)

Ich/Wir bestätige(n), dass Frau/Herr die
Vorsorgevollmacht im Vollbesitz ihrer/seiner geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig war.

Name, Geburtsdatum:

Anschrift/en:

.....

Ort, Datum:

Unterschrift der Zeugen:

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

(Name, Adresse)

Person 1

Name, Anschrift:

Person 2

Name, Anschrift:

Person 3

Name, Anschrift:

Person 4

Name, Anschrift:

die mich behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Institutionen, nachfolgenden Personen alle Informationen über meinen Gesundheitszustand bzw. Krankheitsstand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren.

(Bitte Gewünschtes ankreuzen und Ungewünschtes streichen).

Die genannten Personen sind ferner berechtigt, Kopien von Krankenunterlagen anzufertigen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift