

Vorsorgevollmacht

Nachname, Vorname

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Ich bevollmächtige widerruflich und über meinen Tod hinaus

1. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

2. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

3. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

4. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen oder umzusetzen, meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn der oben genannte Zustand von einem Arzt auf Seite 17 dieser Vollmacht bescheinigt wird.

- Die Vertretungsregelung lautet wie folgt: Der unter 1. genannte Bevollmächtigte ist Hauptbevollmächtigter, die anderen sind Vertreter in der oben genannten Reihenfolge.
- Jeder Bevollmächtigte ist gleichberechtigt und alleine entscheidungsbefugt.
- Alle Entscheidungen müssen von den Bevollmächtigten gemeinsam getroffen werden.

Die Vorsorgevollmacht erstreckt sich auf folgende Aufgabenbereiche:

- Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes
- Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
- Sämtliche Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, insbesondere Einwilligungen in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe jeglicher Art. Dies gilt auch, wenn ich infolge eines Eingriffs versterben oder einen länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Weiterhin ist der Bevollmächtigte befugt, die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zu erteilen.
Dabei muss er meine Patientenverfügung und/oder meinen mutmaßlichen Willen beachten.
- Freiheitsbeschränkende Maßnahmen
- Geschlossene Unterbringung
- Ärztliche Zwangsmaßnahmen
- Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
- Regelung vermögensrechtlicher Angelegenheiten, insbesondere ist der Bevollmächtigte berechtigt, uneingeschränkt – auch online – über Guthaben auf Konten, Sparbüchern und Depots zu verfügen und sich eine umfassende Kontovollmacht einräumen zu lassen. Dies gilt auch im Rahmen bereits vom Kreditinstitut dem Vollmachtgeber gewährter Kredite, z. B. eines Überziehungskredits. Der Bevollmächtigte darf keine neuen Kredite aufnehmen. Er darf über Safeinhalte bei Kreditinstituten verfügen. Er ist berechtigt, bestehende Konten aufzulösen und neue Konten und Depots jeglicher Art in meinem Namen zu eröffnen.

- Der Bevollmächtigte wird ermächtigt, an mich gerichtete Post (auch in elektronischer Form) entgegen zu nehmen und zu öffnen.
- Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht
- Die Art und Weise meiner Bestattung
- Der Bevollmächtigte ist berechtigt, Untervollmachten zu erteilen.
- Zugriff auf und Löschung von Internetdaten
- Erbschaftsangelegenheiten
- _____
- _____
- _____

Diese Vorsorgevollmacht stellt zugleich eine Betreuungsverfügung dar.

- Besondere Anweisungen und Wünsche an den Bevollmächtigten sind nachfolgend aufgeführt:

**Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden.
Die vorliegende Vorsorgevollmacht erteile ich in völliger Freiheit und
nach Absprache mit dem/den von mir Bevollmächtigten.**

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Unterschrift der/des Bevollmächtigten

Im Falle einer Beglaubigung durch die zuständige Behörde (wird von der Behörde ausgefüllt):

Die Unterschrift/das Handzeichen des Vorsorgevollmachtgebers

Nachname, Vorname

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

persönlich bekannt/ausgewiesen durch

_____ Nr. _____,

**ist vor mir als Urkundsperson vollzogen/anerkannt worden.
Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.**

Aachen, _____

StädteRegion Aachen
Der Städteregionsrat
Betreuungsbehörde

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass die auf Seite 13 dieser Vorsorgevollmacht beschriebenen, krankheitsbedingten Umstände eingetreten sind.

Name des Arztes

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes