

# Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten

**Ich,**  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

## erteile

**meiner/meinem Bevollmächtigten**  Frau  Herrn

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

## die Vollmacht, mich

in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheit und meine Pflege betreffen,

nur in besonderen Angelegenheiten

Bitte einfügen,  
in welchen Fällen:

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

**zu vertreten.**



Frau/Herr .....

darf in allen Angelegenheiten, die meine Gesundheitsvorsorge betreffen, einschließlich der ambulanten und/oder stationären Pflege entscheiden, soweit ich aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder meines Geisteszustandes nicht oder nicht mehr in der Lage bin, mich bzgl. der medizinischen und pflegerischen Versorgung selbst zu äußern oder eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Voraussetzung ist die andauernde oder vorübergehende Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten.

Die/Der Bevollmächtigte darf insbesondere in sämtliche medizinische und pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsvorsorge einwilligen.

ja  nein

nur in besonderen Angelegenheiten

Bitte einfügen,  
in welchen Fällen:

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

Ich entbinde alle mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte gegenüber der bevollmächtigten Person von der Schweigepflicht.

ja  nein

Die/Der Bevollmächtigte darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff auch dann einwilligen, wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide.

**Zur Information:** Die Einwilligung hierzu bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 Abs. 2 i. V. m. Abs. 1 BGB). Ohne Genehmigung des Betreuungsgerichts darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

ja  nein  noch nicht

Sie/Er darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 4 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (Bettgitter, Medikamente in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung gemäß § 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dies meinem Wohl dient.

ja  nein

Die/Der Bevollmächtigte darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.

ja  nein

Sofern ich zusätzlich eine Patientenverfügung erstellt habe, hat die/der Bevollmächtigte dies zu beachten. Sie ist für die/den Bevollmächtigte/Bevollmächtigten verbindlich.

ja  nein

Sie/Er darf Krankenunterlagen einsehen.

ja  nein

Die/Der Bevollmächtigte darf mich gegenüber den Trägern der Leistungen der Krankenkassen und der Pflegeversicherung vertreten. Im Rahmen der Beantragung von Pflegeleistungen darf auch ein Zielkonto für Leistungen angegeben werden.

## Ersatzbevollmächtigte/r

Falls die/der genannte Bevollmächtigte nicht in der Lage sein sollte, vorgenannte Aufgabe(n) zu übernehmen, so benenne ich folgende Ersatzperson zu meiner/meinem Ersatzbevollmächtigten:  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

Die Ersatzbevollmächtigung erstreckt sich auf die Dauer der Verhinderung der/des Bevollmächtigten.

Mit der Unterschrift bestätigen die zuvor benannten Bevollmächtigten, dass sie mit der Bevollmächtigung einverstanden sind. Sie sichern zu, sich dafür einzusetzen, meine Wünsche und Wertvorstellungen zu vermitteln.

Ort, Datum / Unterschrift .....  
Bevollmächtigte/r

Ort, Datum / Unterschrift .....  
Ersatzbevollmächtigte/r

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Betreuung erforderlich sein sollte, bitte ich, dann die/den oben bezeichnete/n Bevollmächtigte/n als Betreuerin/Betreuer zu bestellen, ersatzweise die/den Ersatzbevollmächtigte/n.

### Ich habe diese Vollmacht freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum / Unterschrift .....

Für evtl. Bestätigungen  
der Verfügungen  
zu einem späteren  
Zeitpunkt (nicht gesetz-  
lich vorgeschrieben):

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift,  
dass ich den Inhalt meiner  
Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten überprüft habe  
und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....





# Patientenverfügung

Ich,  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

**habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst.**

**Für den Fall, dass ich in einen Lebenszustand gerate, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, bestimme ich für die nachfolgende(n) Situation(en)**

- wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde
- wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist
- wenn ich infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen oder Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist  
Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z.B. durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
- wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen
- wenn die nachfolgend genannte Situation eintritt (eigene Beschreibung der Anwendung):

Anmerkung: Bitte beschreiben Sie möglichst konkret, wie in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation gehandelt werden soll. Was soll in welcher Situation getan bzw. unterlassen werden (z. B. Angaben zur Schmerz- und Symptombehandlung, künstlichen Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebung, künstlichen Beatmung, Antibiotikagabe oder Dialyse, etc.)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Folgendes: Ich möchte in Würde sterben.**

Dazu gehört für mich:

Unter den oben aufgeführten und angekreuzten Situationen sollen Hunger und Durst auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten.

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

aber keine bewusstseinsdämpfenden Mittel zur Schmerz- und Symptombehandlung.

wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, auch bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung.

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf.

Weiterhin wünsche ich in den oben beschriebenen und angekreuzten Situationen, dass eine künstliche Ernährung und/oder eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt/erfolgen.

Auch soll der Versuch der Wiederbelebung in der/den oben beschriebenen und angekreuzten Situation(en) unterlassen werden und eine Notärztin oder ein Notarzt nicht verständigt werden bzw. im Fall einer Hinzuziehung unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert werden.

Nicht nur in der/den oben beschriebenen und angekreuzten Situation(en), sondern in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen (z.B. Operationen) unerwartet eintreten.

In der/den oben beschriebenen und angekreuzten Situation(en) wünsche ich, dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung, dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.

In der/den oben beschriebenen und angekreuzten Situation(en) wünsche ich, dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird, Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung gegeben werden und die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt.

### Ich möchte

zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.

wenn möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.

wenn möglich in einem Hospiz sterben.

Beistand durch folgende Personen:

.....  
.....

Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

.....  
.....

hospizlichen Beistand.

Bitte nur **eine** der beiden Alternativen ankreuzen:

Ich entbinde die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

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

**Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen**

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine notarielle **Generalvollmacht** erteilt an:  Frau  Herrn

Vorname, Nachname .....  
Straße, Hausnummer .....  
PLZ, Ort .....  
Telefon .....  
Mobil .....  
Fax .....  
Mail .....  
Geburtsdatum, Geburtsort .....

Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine **Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten** erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....  
Straße, Hausnummer .....  
PLZ, Ort .....  
Telefon .....  
Mobil .....  
Fax .....  
Mail .....  
Geburtsdatum, Geburtsort .....



Ich habe eine **Betreuungsverfügung** erstellt.

Gewünschte/r Betreuerin/Betreuer  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

### Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich beigelegt:

- Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.
- Sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte:

.....

.....

.....

.....

### Organspende

Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe.

- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien des Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe. Dies gilt auch für die Situation, dass der Hirntod nach Einschätzung der Ärzte in wenigen Tagen eintreten wird.

**oder:**

- Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods bei aufrechterhaltenem Kreislauf entnommen werden können. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch in Frage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods nach den Richtlinien des Bundesärztekammer und zur anschließenden Entnahme der Organe.
- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach dem Tod zu Transplantationszwecken ab.



Sofern dieser Patientenverfügung gesondert ergänzende Erläuterungen, Erklärungen oder Angaben zu Krankheiten oder sonstigen Lebensumständen beigelegt sind, sollen diese Bestandteil dieser Patientenverfügung sein.

- Der in meiner Patientenverfügung geäußerte Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen soll von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Behandlungsteam befolgt werden. Meine Vertreterin/mein Vertreter – z. B. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – soll dafür Sorge tragen, dass mein Patientenwille durchgesetzt wird.
- Sollte eine Ärztin oder ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, meinen in dieser Patientenverfügung geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner Vertreterin/meinem Vertreter – z. B. Bevollmächtigte/Bevollmächtigter wie in der Vollmacht für Gesundheitsangelegenheiten bestimmt oder Betreuerin/Betreuer wie in der Betreuungsverfügung bestimmt – erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.
- In Lebens- und Behandlungssituationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtschnur maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
  - meiner/meinem Bevollmächtigten.
  - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
  - der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
  - folgender anderer Person:

- 
- Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder das Behandlungsteam oder meine Bevollmächtigte/mein Bevollmächtigter oder meine Betreuerin/mein Betreuer aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertreten, dass ich entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung doch behandelt oder nicht behandelt werden möchte, dann ist möglichst im Konsens aller Beteiligten zu ermitteln, ob die Festlegungen in meiner Patientenverfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen. Bei unterschiedlichen Meinungen soll in diesen Fällen der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:
    - meiner/meinem Bevollmächtigten.
    - meiner Betreuerin/meinem Betreuer.
    - der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt.
    - folgender anderer Person:
- 



### Ärztin/Arzt meines Vertrauens

Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Fax .....

### Beratung

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von:

Frau  Herrn

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Fax .....

### Aktualisierung

Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von ..... (Zeitangabe) ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

### Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum / Unterschrift .....

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):  
Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

# Betreuungsverfügung

**Ich,**  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

**lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine  
Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb eine  
Betreuerin/ein Betreuer für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:**

**Zu meiner Betreuerin/meinem Betreuer soll bestellt werden:**  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

**Falls die vorstehende Person nicht zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden kann,  
soll folgende Person bestellt werden:**  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....



**Auf keinen Fall soll zur Betreuerin/zum Betreuer bestellt werden:**  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

**Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch die Betreuerin/den Betreuer habe ich folgende Wünsche:**

1. Ich habe meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.

2. ....

.....

3. ....

.....

**Ich habe diese Verfügung freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.**

Ort, Datum / Unterschrift .....

Für evtl. Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt (nicht gesetzlich vorgeschrieben):  
Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Betreuungsverfügung überprüft habe und sich mein Wille **nicht geändert** hat:

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

Ort, Datum / Unterschrift .....

# Vollmacht

**Ich,**  Frau  Herr

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

## erteile

**meiner/meinem Bevollmächtigten**  Frau  Herrn

Vorname, Nachname .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon .....

Mobil .....

Fax .....

Mail .....

Geburtsdatum, Geburtsort .....

**die Vollmacht, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe.**

### 1. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheit

Die/Der Bevollmächtigte darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.

ja  nein

Sie/Er darf einen neuen Wohnmietvertrag abschließen und kündigen.

ja  nein

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

ja  nein



## 2. Behörden

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

ja  nein

## 3. Vermögenssorge

Die/Der Bevollmächtigte 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, zurücknehmen,

ja  nein

namentlich:

über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen (**Bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 1**),

ja  nein

Zahlungen und Wertgegenstände annehmen,

ja  nein

Verbindlichkeiten eingehen (**Bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis 2**),

ja  nein

Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einer Betreuerin/einem Betreuer rechtlich gestattet ist.

ja  nein

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

.....

.....

.....

### Hinweise:

1. Denken Sie an die erforderliche Form der Vollmacht bei Immobiliengeschäften, für Handelsgewerbe oder die Aufnahme eines Verbraucherdarlehens.

2. Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/Sparkasse angebotene Konto/Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt die Bevollmächtigte/den Bevollmächtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Es werden ihr/ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäftsverkehr unnötig sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto/Depotvollmacht sollten Sie grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsuchen, wird sich im Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden.

#### 4. Post und Telekommunikation

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

ja  nein

#### 5. Vertretung vor Gericht

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

ja  nein

#### 6. Untervollmacht

Sie/Er darf Untervollmacht erteilen.

ja  nein

#### 7. Betreuungsverfügung

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

ja  nein

#### 8. Weitere Regelungen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum /Unterschrift  
**Bevollmächtigte/r** .....

Ort, Datum / Unterschrift  
**Vollmachtgeberin/  
Vollmachtgeber** .....

