

MUSTER 1

Vollmachtgeber:  
Martin Muster,  
geb. 17.3.1900  
Hauptstr. 0  
6XXXX Frankfurt am Main

## VORSORGE-VOLLMACHT

wenn gewünscht: und Betreuungsverfügung

Sollte ich infolge schwerer körperlicher oder psychischer Erkrankung in meiner Entscheidungsfähigkeit zeitweise oder dauerhaft eingeschränkt sein, so daß ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann oder will, bevollmächtige ich, Martin Muster,

Susi Schön, geb. 01.02.19XX, Alte Gasse 00, 6XXXX Frankfurt am Main

mich in allen (**oder folgenden**) Angelegenheiten zu vertreten und meine Rechte zu wahren, weil ich ihr vertraue. Ihre Rechtshandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, wie wenn ich sie selbst ausführen würde.

Die Vollmacht berechtigt insbesondere, ...

**Hier fügen Sie bitte Ihre persönlichen "Bausteine" (siehe Anlage) ein.**

Die Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich nicht mehr lebe. Die Vollmacht gilt nur, wenn die Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht vorlegen kann.

Sollte gleichwohl eine Gesetzliche Betreuung erforderlich werden, verfüge ich, daß meine Bevollmächtigte zur Betreuerin bestellt wird.

(Wenn Sie diesen Satz verwenden, haben sie gleichzeitig eine Betreuungsverfügung abgegeben und können eine Kopie der Vorsorgevollmacht beim örtlichen Amtsgericht hinterlegen.)

Frankfurt am Main, den 27. 2. 2XXXX  
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

Ich habe den Inhalt wieder überprüft und bestätige, daß dies weiterhin mein Wille ist:

(Ort, Datum, Unterschrift)

MUSTER 2

Vollmachtgeberin:  
Monika Muster, geb. Glück  
geb. 01.11.19XX  
Hauptstr. O  
6XXXX Frankfurt am Main

**ALLGEMEINE VOLLMACHT**

(Generalvollmacht)

wenn gewünscht : und *Betreuungsverfügung*

Ich, Monika Muster, bevollmächtige

Martin Muster, geb. 12.7.19XX, Neue Str. O, 6XXXX Frankfurt am Main

mich in allen finanziellen Angelegenheiten zu vertreten. Er soll ebenso in allen persönlichen Angelegenheiten meine Rechte wahren, weil ich ihm vertraue. Seine Rechtshandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, wie wenn ich sie selbst ausführen würde.

Die Vollmacht berechtigt insbesondere...

**Hier fügen Sie bitte Ihre persönlichen "Bausteine" (siehe Anlage) ein.**

Die Vollmacht gilt nur, wenn der Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht vorlegen kann. Die Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich geschäftsunfähig geworden sein sollte oder, wenn ich nicht mehr lebe.

Sollte gleichwohl eine Gesetzliche Betreuung erforderlich werden, verfüge ich, daß mein Bevollmächtigter zum Betreuer bestellt wird.

(Wenn Sie diesen Satz verwenden, haben sie gleichzeitig eine Betreuungsverfügung abgegeben, und können eine Kopie der Vorsorgevollmacht beim örtlichen Amtsgericht hinterlegen.)

Frankfurt am Main, den .....  
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

Ich habe den Inhalt wieder überprüft und bestätige, daß dies weiterhin mein Wille ist:

(Ort, Datum, Unterschrift)

**MUSTER 3**

Monika Muster, geb. Glück:  
geb. 01.11.19XX  
Hauptstr. O  
6XXXX Frankfurt am Main

**BETREUUNGSVERFÜGUNG**

Ich, Monika Muster, wünsche für den Fall, daß ich betreuungsbedürftig werden sollte, daß mein Sohn,

Martin Muster, geb. 12.7.19XX, Neue Str. O, 6XXXX Frankfurt am Main

mein Gesetzlicher Betreuer werden soll.

***Hier fügen Sie bitte Ihre persönlichen "Bausteine" (siehe Anlage) ein.***

Frankfurt am Main, den .....  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

Zu hinterlegen beim Amtsgericht.

Straße: .....  
Ort: .....

Ich habe den Inhalt wieder überprüft und bestätige, daß dies weiterhin mein Wille ist  
(Ort, Datum, Unterschrift)

**Bausteine für Vorsorgevollmacht X, allgemeine Vollmacht X, Betreuungsvollmacht O**
**Vermögensangelegenheiten:**

- !!! *Mit Ihren Banken und Sparkassen sprechen Sie bitte direkt über den dort üblichen Weg zur anerkannten Bevollmächtigung.*
- !!! *Bei Grundbesitz sollte immer der Notar eingeschaltet werden.*

X		Die Vollmacht berechtigt insbesondere zur Verwaltung meines Vermögens und zur Verfügung über meine Konten bei Banken und Sparkassen.
X		Die Vollmacht berechtigt insbesondere zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zum Inkasso, zur Eingehung von Verbindlichkeiten.
X	O	Ich möchte meinen bisherigen Lebensstandard beibehalten. Dazu soll, wenn nötig, das Vermögen verbraucht werden.
X	O	Die bereits bestehende Bankvollmacht für ..... soll weiterhin gültig bleiben.

**Verträge, Anträge:**

Die Vollmacht berechtigt insbesondere ...

X		..... zur Vertretung in Renten-, Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Angelegenheiten und zur Beantragung von Renten (Versorgungsbezügen) oder Sozialhilfe.
X		..... zu geschäftsähnlichen Handlungen und zu allen Verfahrenshandlungen.
X		..... zum Abschluß eines Heimvertrags oder einer ähnlichen Vereinbarung.
X		.....Rechtsstreitigkeiten in meinem Namen durch alle Rechtszüge zu führen, Bevollmächtigte hierfür zu bestellen, Vergleiche abzuschließen, Verzichte zu erklären und Ansprüche anzuerkennen, Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, einstweilige Verfügungen und Arreste zu erwirken.
X		Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf meine Vertretung bei allen öffentlichen Registern.

**Persönliche Angelegenheiten**

X		Die Vollmacht dient auch zur Regelung meines Aufenthaltes.
X		Die/der Bevollmächtigte ist zum Öffnen meiner Post und der Abmeldung meines Telefons berechtigt.
		→ !!! <i>Zum Abholen der Post braucht der Bevollmächtigte eine beglaubigte Unterschrift. Die Vollmacht kann bei der Post hinterlegt werden und gilt bis zum schriftlichen Widerruf.</i>
X	O	Ich habe einen Grabpflegevertrag abgeschlossen. Dieser Vertrag darf von meinen Erben nach meinem Tod nicht gekündigt werden.

**Wohnungsangelegenheiten und Heimaufnahme:**

X		Die Vollmacht berechtigt zur Auflösung des Mietverhältnisses über meine Wohnung.
X	O	Sollte der Umzug in ein Heim unvermeidlich sein, so möchte ich mich mit dem Verkaufserlös aus meinem Haus in das .....-Stift einkaufen und meinen Aufenthalt dort finanzieren.
X	O	Wenn ich in ein Heim umziehe, soll eine gekennzeichnete Kopie meiner Vorsorgeregelung dort zu meinen Unterlagen gegeben werden.
X	O	Ich möchte bis zum Tode in meiner Eigentumswohnung leben.
X	O	Meine Nichte.....soll mich – bei Bedarf - pflegen und kann dann ihren Wohnsitz bei mir begründen.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ich in einem Heim leben muß, soll mein Haus nicht verkauft werden. Wenn nach einem halben Jahr klar ist, daß ich nicht mehr zurück ziehen kann, kann das Haus vermietet werden. Meine Möbel sollen bis zu meinem Tode eingelagert werden.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sollte eine Heimaufnahme erforderlich werden, möchte ich in folgendem Heim wohnen: ..... (Name, Anschrift)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ich in dem von mir ausgewählten Heim nicht wohnen kann, soll a) in meiner gewohnten Umgebung ein anderes Heim gesucht werden oder b) in der Nähe meines Bevollmächtigten..... c) in der Nähe von Herrn/Frau..... ein anderes Heim gesucht werden. d) meine Bevollmächtigte ein Heim aussuchen.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sollte eine Wohnungsauflösung erforderlich werden, sollen folgende Gegenstände: ..... ..... an..... ..... (Name, Anschrift) ausgehändigt werden.

#### Handhabung der Vollmacht

<input checked="" type="checkbox"/>	Die Vollmacht gilt erst, wenn die/der Bevollmächtigte durch ein <b>ärztliches</b> Zeugnis nachweist, daß ich geschäftsunfähig bin oder daß Zweifel an meiner Geschäftsfähigkeit besteht.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Vollmacht gilt erst bei Vorlage eines <b>fachärztlichen</b> Zeugnisses, das bescheinigt, daß ich nicht mehr verantwortlich handeln kann oder körperlich nicht mehr in der Lage bin zu handeln.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die Vollmacht soll nur solange gültig sein, bis das Vormundschaftsgericht über die Einrichtung einer Betreuung entschieden hat.
<input checked="" type="checkbox"/>	Die/der Bevollmächtigte soll folgende Personen benachrichtigen: ..... ..... (Name, Anschrift, Telefon)
<input checked="" type="checkbox"/>	Jeder Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch die mir gegenüber dem anderen Bevollmächtigten zustehenden Rechte geltend machen, ausgenommen den Widerruf der Vollmacht des anderen.
<input checked="" type="checkbox"/>	Fällt ein Bevollmächtigter weg, so kann der andere Bevollmächtigte in meinem Namen einen Ersatzbevollmächtigten mit denselben oder geringeren Befugnissen bestellen, seine eigene Vollmacht und die des Ersatzbevollmächtigten sind gegenseitig unabhängig.
<input checked="" type="checkbox"/>	Sollten einzelne Regelungen dieser Vollmacht ganz oder teilweise unwirksam werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht.
<input checked="" type="checkbox"/>	Wenn ich selbst keine Weisungen mehr erteilen kann, soll sich mein Bevollmächtigter an die Vorschriften des Betreuungsrechtes halten (insbesondere Pflichten des Betreuers §1901 BGB).
<input checked="" type="checkbox"/>	Der Bevollmächtigte kann im Einzelfall Untervollmacht erteilen, sowie mich und einen Dritten (§ 181 BGB) gleichzeitig vertreten.
<input checked="" type="checkbox"/>	Ich befreie den Bevollmächtigten von den Beschränkungen des § 181 BGB (Insichgeschäft)

X	Ich wünsche, daß mein Bevollmächtigter eine Rechnungslegung in Form einer geordneten Zusammenstellung der Einnahmen und Ausgaben mit Belegen mit (monatlicher/ vierteljährlicher/halbjährlicher/...) Abrechnung erstellt. So kann er sich später gegenüber meinen Erben rechtfertigen.
X	Die Aufgabenerledigung soll unentgeltlich erfolgen. Der Bevollmächtigte hat Anspruch auf Ersatz seiner Auslagen.
X	Meiner/meinem Bevollmächtigten soll ihr/sein Engagement monatlich mit DM..... vergütet werden. Der Betrag soll jährlich ab heute um.....% ansteigen.
X	Der Bevollmächtigte haftet mir gegenüber nur, wenn er vorsätzlich oder grob fahrlässig gegen meine Wünsche handelt.
X	Der Bevollmächtigte darf über die Ausgestaltung meiner Beerdigung entscheiden und Sterbegelder in Empfang nehmen.

#### **Ausschluß von ... , Ersatzpersonen:**

X	Für den Fall, daß mein Bevollmächtigter die Bevollmächtigung, aus welchen Gründen auch immer, nicht ausführen kann, bevollmächtige ich als Ersatzperson: ..... ..... (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
O	Wenn die von mir benannte Person die Betreuung nicht ausführen kann, so soll an deren Stelle ..... ..... (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) mein/e Gesetzliche/r Betreuer/in werden.
→ !!! <i>Sie können auch einen Betreuungsverein oder einen Anwalt als Betreuer/in vorschlagen, wenn diese damit einverstanden sind.</i>	
X	O Falls ein(e) Betreuer/in benötigt wird, um meine Rechte gegenüber meinem/meiner Bevollmächtigten zu wahren (Kontrollbetreuung), möchte ich, daß dies von folgender Person übernommen wird: ..... ..... (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
X	Keinesfalls wünsche ich, daß folgende Person meine Betreuung übernimmt: ..... ..... (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)
X	Folgende Handlungen sollen von der Vollmacht ausgeschlossen sein: ..... ..... (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

#### **Gesundheitsvorsorge**

→ !!! *Bei Verfügungen zu ärztlichen Maßnahmen ist es ratsam, die Vollmacht stets mit einer Betreuungsverfügung zu kombinieren.*

X	Mein/e Bevollmächtigte/r soll in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen dürfen, auch wenn die Gefahr besteht, daß ich dabei sterbe oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Er/sie muß dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einholen.
→ !!! <i>Wenn Sie diese Formulierung nicht in ihre Vollmacht aufnehmen, wird im Bedarfsfalle ein Betreuungsverfahren beim Amtsgericht eingeleitet.</i>	
X	Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, Erklärungen (Zustimmungen und Verweigerungen) bei ärztlichen Behandlungen abzugeben. Ich entbinde hierfür meine Ärzte gegenüber dem/der Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

X	<input type="radio"/>	Bei der Zustimmung zu medizinischen Eingriffen verfüge ich: ..., daß alle Maßnahmen mit den Ärzten intensiv beraten werden. ..., daß lebensverlängernde Maßnahmen nur angewandt werden, wenn gute Aussichten bestehen, daß sich mein Zustand entscheidend verbessert.
X	<input type="radio"/>	Mein Bevollmächtigter/Betreuer soll jederzeit Zugang zu mir haben.
X	<input type="radio"/>	Im Falle einer schweren Erkrankung oder bei erforderlicher Intensivpflege möchte ich den Beistand eines Geistlichen der Konfession:.....
X	<input type="radio"/>	Ich wünsche eine umfassende Schmerztherapie ohne Rücksicht auf die Nebenwirkungen (z. B. Benommenheit, Suchtgefahr, Lebensverkürzung).
X	<input type="radio"/>	Ich wünsche keine Verlängerung meines Leidens oder Sterbens durch die Intensivmedizin, wenn zwei Ärzte/Ärztinnen bestätigen, daß keine Heilung oder Besserung meiner Krankheit mehr möglich ist. Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte meine Ärzte/Ärztinnen, mir dabei zu helfen.
X	<input type="radio"/>	Im Falle einer andauernden Bewußtlosigkeit oder einer unheilbaren oder kurzfristig zum Tode führenden Krankheit wünsche ich lediglich Grundpflege und eine umfassende Schmerztherapie.
X	<input type="radio"/>	Wenn eine Situation eintritt, in der mein Leben unmittelbar gefährdet ist und in der keine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung meines Zustandes im Hinblick auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität mehr besteht, wünsche ich keine kurzfristig lebensrettenden Maßnahmen, insbesondere keine Wiederbelebung bei Herzstillstand, Atemstillstand, Stoffwechsellentgleisungen oder schwerer dauerhafter Schädigung meiner Gehirnfunktion. Ich wünsche, daß diese Erklärung den Ärzten, die mich in dieser Situation behandeln, schriftlich zum Verbleib in der Krankenakte gegeben wird.
X	<input type="radio"/>	Maßnahmen zur Pflegeerleichterung (z.B. Porth-Systeme zur Medikamentengabe, Katheter oder Sonden) sollen nur getroffen werden, wenn sie mein Leiden nicht verlängern oder verschlimmern.
X	<input type="radio"/>	Ich wünsche, daß alle ärztlichen Maßnahmen ergriffen werden, die möglich sind, um mein Leben zu verlängern.
	→ !!!	<i>Bei Regelungen, die die <b>Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen (Behandlungsbegrenzung)</b> beinhalten, müssen Sie Ihren <b>Willen klar und eindeutig</b> zum Ausdruck bringen. Arzt und Bevollmächtigter/Betreuer sollen an Ihren Willen gebunden werden, indem Sie sich <b>unmißverständlich</b> ausdrücken. Hilfreich ist es, eine fest umrissene Zeitspanne anzugeben:</i>
X	<input type="radio"/>	Ein Leben ohne Bewußtsein und ohne Aussicht auf Besserung wünsche ich nicht. Ich verlange, daß eine intensivmedizinische Behandlung, Sondenernährung oder sonstige vergleichbare lebenserhaltende Maßnahmen nach ..... Monaten abgebrochen werden. Ich beauftrage meinen Bevollmächtigten/Gesetzlichen Betreuer, alle rechtlichen Mittel gegenüber den Ärzten in Anspruch zu nehmen, um die Beendigung der obengenannten lebenserhaltenden Maßnahmen durchzusetzen.

### **Organspende**

X	<input type="radio"/>	Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organtransplantation frei.
X	<input type="radio"/>	Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organtransplantation frei, jedoch möchte ich nicht, daß ...
X	<input type="radio"/>	Ich wünsche nicht, daß nach meinem Tod Organe aus meinem Körper entnommen werden.
	→ !!!	<i>Bei Verfügungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen ist es ratsam, die Vollmacht stets mit einer Betreuungsverfügung zu kombinieren.</i>
X	<input type="radio"/>	Der Bevollmächtigte kann auch über Handlungsweisen entscheiden, die meine Bewegungsfreiheit (z.B. Bettgitter/ Beruhigungsmedikamente / Bauchgurt) betreffen. Außerdem soll er auch über eine Unterbringung entscheiden können, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist. Der Bevollmächtigte benötigt dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes. Er hat die Maßnahme zu beenden, wenn die Voraussetzungen entfallen.
	→ !!!	<i>Wenn Sie diesen Baustein nicht in ihre Vollmacht aufnehmen, wird im Bedarfsfalle ein Betreuungsverfahren beim Amtsgericht eingeleitet.</i>