Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung auf Karte
R&R VIVENDI

von

Vorname	**Nachname**	**Geburtsdatum**
Straße	**Haus-Nr.**	
PLZ	**Wohnort**	**Telefon**

Ich bevollmächtige für den Fall des Verlustes meiner Geschäftsfähigkeit folgende Person:

Vorname	**Nachname**	**Geburtsdatum**
Straße	**Haus-Nr.**	
PLZ	**Wohnort**	**Telefon**

Diese Person ist berechtig, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angehakt oder speziell benannt habe.
Diese Vollmacht gilt als Ergänzung zu meiner Patientenverfügung sowie der Betreuungsverfügung, sofern ich diese nicht widerrufen habe.

1. Gesundheitsfürsorge:

Der/die Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen Angelegenheiten der medizinischen Versorgung und Behandlung gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Versicherungen zu vertreten.

Er/Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustands und zur Durchführung einer Heilbehandlung einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, solange dieses konform zu meinen Entscheidungen aus meiner Patientenverfügung ist.
Dieses gilt auch für den Fall, dass die Gefahr besteht, dass ich durch die Vornahme, dem Unterlassen oder dem Abbruch dieser Maßnahmen sterbe.

Hiermit entbinde ich in diesem Fall meine mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber der von mir bevollmächtigten Person und gestatte ihr die Einsichtnahme in meine Behandlungsunterlagen.
Der/Die Bevollmächtigte darf zudem über eventuelle zwangs- oder freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixierung oder Unterbringung entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erforderlich und im Einklang mit meiner Patientenverfügung ist.

© 2023 R&R Vivendi GbR, Ochtruper Str. 34 A, 48455 Bad Bentheim | https://patientenverfuegungskarte.de | https://patientenverfuegung-ausweis.de

2. Unterbringung und Wohnangelegenheiten:

2.1 Der/ Die Bevollmächtigte darf über meine Unterbringung bestimmen.

Ja ☐ **Nein** ☐

2.2 Der/ Die Bevollmächtigte darf Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen und ggf. meinen Haushalt auflösen.

Ja ☐ **Nein** ☐

2.3 Der / Die Bevollmächtigte darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz abschließen und kündigen.

Ja ☐ **Nein** ☐

Anmerkungen: .....

.....

.....

3. Vertretung gegenüber Behörden oder vor Gericht

3.1 Der / Die Bevollmächtigte darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja ☐ **Nein** ☐

3.2 Der / Die Bevollmächtigte darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

Ja ☐ **Nein** ☐

Anmerkungen: .....

.....

.....

4. Vermögenssorge

4.1 Der / Die Bevollmächtigte darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen.

Ja ☐ **Nein** ☐

4.2 Der / Die Bevollmächtigte darf über meine Vermögensgegenstände jeglicher Art verfügen.

Ja ☐ **Nein** ☐

4.3 Der / Die Bevollmächtigte darf Zahlungen und Wertgegenstände annehmen.

Ja ☐ **Nein** ☐

© 2023 R&R Vivendi GbR, Ochtruper Str. 34 A, 48455 Bad Bentheim | https://patientenverfuegungskarte.de | https://patientenverfuegung-ausweis.de

4.4 Der / Die Bevollmächtigte darf Verbindlichkeiten eingehen.

Ja ☐ **Nein** ☐

4.5 Der / Die Bevollmächtigte darf Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, die einem Betreuer rechtlich gestattet sind.

Ja ☐ **Nein** ☐

4.6 Der / Die Bevollmächtigte darf Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben sowie mich im Geschäftsverkehr mit Banken und Kreditgesellschaften vertreten.

(Im Rahmen der Vermögenssorge bezüglich Bankangelegenheiten, sollten Sie die von Ihrer Bank angebotenen Konto- und Depotvollmachten nutzen.)

Ja ☐ **Nein** ☐

Anmerkungen: .....

.....

.....

5. Post- und Telekommunikation

Der / Die Bevollmächtigte darf an mich gerichtete Post entgegennehmen und öffnen sowie über die Telekommunikation entscheiden und dabei alle damit in Zusammenhang stehenden Willenserklärungen wie Vertragsabschlüsse oder Kündigungen in meinem Namen abgeben.

Ja ☐ **Nein** ☐

6. Geltung dieser Vorsorgevollmacht

Diese Vollmacht gilt über den Tod hinaus.

Ja ☐ **Nein** ☐

.....

.....

Ort, Datum **Unterschrift (Vollmachtgeber /-in)**

.....

Ort, Datum **Unterschrift (Bevollmächtigte /-r)**

© 2023 R&R Vivendi GbR, Ochtruper Str. 34 A, 48455 Bad Bentheim | https://patientenverfuegungskarte.de | https://patientenverfuegung-ausweis.de