

***) = Nichtzutreffendes streichen!**

Vollmachtgeber-in^{*)} (Name, Vorname-n, ggf. Geburtsname, Geb.-Datum, Anschrift)

PLZ, Ort, Datum:

61197 Florstadt,

HESSEN



Vorsorgevollmacht

gem. §§1896 BGB (1) Satz 1-3, (2) Satz 2, 1897 BGB (4)

1904 (1,2,4,5) 1906 (1,4), sow. 164,181, 662 u. 666 BGB

Die nachfolgend genannte-n Vertrauensperson-en bevollmächtigt ich hiermit ausdrücklich zu meiner persönlichen Vertretung:*)

Bevollmächtigte-r^{*)}: [Name, ggf. Geburtsname, Geb.-Datum, Vorname-n (bitte Rufnamen unterstreichen), vollständige Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.):]

Im Vertretungsfall/ Gleichberechtigt/ Kontrollbevollmächtigte-r^{*)}:

Auf keinen Fall soll zur Betreuerin/ zum Betreuer bestellt werden^{*)}:

§ 164 BGB - Wirkung der Erklärung des Vertreters: (1) Eine Willenserklärung, die jemand innerhalb der ihm zustehenden Vertretungsmacht im Namen des Vertretenen abgibt, wirkt unmittelbar für und gegen den Vertretenen. Es macht keinen Unterschied, ob die Erklärung ausdrücklich im Namen des Vertretenen erfolgt oder ob die Umstände ergeben, dass sie in dessen Namen erfolgen soll. (2) Tritt der Wille, in fremdem Namen zu handeln, nicht erkennbar hervor, so kommt der Mangel des Willens, im eigenen Namen zu handeln, nicht in Betracht. Durch diese Vollmachtserteilung will ich eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermeiden. Diese Vollmacht soll in Kraft bleiben, wenn ich nach ihrer Erteilung geschäftsunfähig werden sollte. Diese Vollmachtsurkunde gilt auch über den Tod hinaus-. Sie gilt nur, wenn die/der Bevollmächtigte-n bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes in meinem Namen das Original dieser Urkunde in Verbindung mit einem ärztlichen Attest vorleg-t-en, das von zwei Ärzten unterschrieben ist, und aus dem hervorgeht, dass ich mich infolge schwerer körperlicher und/oder psychischer Erkrankung in einem Zustand befinde, in dem ich zu einer freien Willensentscheidung nicht mehr fähig bin und ich meine Angelegenheiten in sonstiger Weise nicht mehr selbständig besorgen kann. Die persönliche Vertretung soll sich beziehen auf vermögensrechtliche Angelegenheiten und nachfolgend näher bezeichnete Rechtsgeschäfte im In- und Ausland, soweit gesetzlich möglich und zulässig. Gerichtliche oder außergerichtliche Vertretung bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern, sow. bei Prozesshandlungen aller Art. - Dabei soll ausgeschlossen sein, dass die/der Bevollmächtigte dazu befugt ist, Rechtsgeschäfte mit sich in eigenem Namen (Selbstkontraktion), oder im Namen eines von ihr/ihm Vertretenen (Doppelvertretung) unter Befreiung von den Beschränkungen des **§ 181 BGB** vorzunehmen – ein >Insgeschäft<. Gemäß **§ 181 BGB** sind derartige Geschäfte unzulässig, bzw. nur dann zulässig, wenn die/der Vollmachtgeber-in der/dem Vertreter-in das Selbstkontrahieren gestattet hat, oder aber das Rechtsgeschäft/die Entscheidung ausschließlich in der Erfüllung einer Verbindlichkeit besteht.^{*)} **§ 662 BGB:** Durch die Annahme eines Auftrags verpflichtet sich die/der Auftragnehmer-in/Beauftragte-n/Bevollmächtigte-n, ein ihr/ihm von der/dem Auftraggeber-in übertragenes Geschäft für diese-n unentgeltlich zu besorgen^{*)}. Die/der Auftraggeber-in ist gegenüber der/dem Auftragnehmer-in nicht zwangsläufig zur Leistung verpflichtet. Die/der Haupt-Bevollmächtigte soll rechtsverbindli. Handlungen, bedeut. Rechtsgeschäfte und Entscheidungen der Gesundheits-sorge, Pflegebedürftigkeit und Vermögenssorge, sow. wichtige medizinische u. andere wichtige Entscheidungen betreffend die/den Vollmachtgeber-in, nur abschließen, wenn die/der 1. Haupt-Bevollmächtigte gemeinsam u. übereinstimm. mit der/dem 2. od. 3. Bevollmächtigten (Kontrollbevollmächtigte-r) über das Rechtsgeschäft/die wichtige-n Entscheidung-en verfügen.^{*)} **§ 666 BGB Auskunfts- und Rechenschaftspflicht:** Die/der Beauftragte-n/Bevollmächtigte-n ist/sind verpflichtet, der/dem Auftraggeber-in/Vollmachtgeber-in die erforderlichen Nachrichten zu geben, auf Verlangen über den Stand des Geschäfts Auskunft zu erteilen und nach der Ausführung des Auftrags Rechenschaft abzulegen.^{*)}

Gesundheits-sorge/ Pflegebedürftigkeit:

1. Sie/Er darf/dürfen in allen Angelegenheiten der Gesundheits-sorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder teilstationären Pflege. Sie/Er ist/sind befugt, meinen in einer **Patientenverfügung** festgelegten Willen umzusetzen.^{*)}
2. Sie/Er darf/dürfen insbesondere i. sämtlichen Maßnahmen zur Untersuchung meines Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder einen medizinischen Eingriff einwilligen, diese ablehnen oder die Einwilligung in diese Maßnahmen widerrufen, auch wenn mit der Vornahme, der Unterlassung od. dem Abbruch dieser Maßnahmen Lebensgefahr (etwa bei einer Herzoperation) für mich verbunden sein könnte od. ich einen schweren od. länger andauernden gesundheitlichen Schaden (z. B. bei einer Amputation) dadurch erleiden könnte (**§ 1904 Abs. 1 u. 2 BGB**).^{*)}
3. Sie/Er darf/dürfen die Einwilligung zur Unterlassung oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.^{*)} Sie/Er darf/dürfen Krankenunterlagen einsehen u. deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte bzw. nicht ärztliches Personal gegenüber vorgenannten durch mich bevollmächtigten Person-en von der Schweigepflicht.^{*)}
4. Sie/Er darf/dürfen über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter, Medikamente u.ä.m.) in einem Senioren- oder Pflegeheim oder in einer sonstigen Einrichtung entscheiden, sofern und solange sie/er dergleichen zu meinem Wohle für erforderlich erachte-t-n (**§ 1906 Abs.1, 3 u. 4 BGB**). Die bevollmächtigte-n Person-en darf/dürfen an meiner Stelle in eine Organspende einwilligen.^{*)}

Vermögenssorge:

1. Sie/Er darf/dürfen über Zahlungen, Wert- oder Vermögensgegenstände jeder Art verfügen, sowie Verbindlichkeiten eingehen.^{*)}
2. Sie/Er darf/dürfen Willenserklärungen bzgl. meiner Konten/Depots/Safes, sow. i. Geschäftsverkehr m. Kreditinstituten abgeben.^{*)} Ihr/Ihm sind Schenkungen i. Rahmen gesetzlicher Zulässigkeit erlaubt, die einem Betreuer rechtlich gestattet sind.^{*)}
3. Ich möchte ferner meinen bisherigen Lebensstandard beibehalten.^{*)} Dieser kann aus meinen laufenden Einkünften bestritten werden. Sollten diese nicht ausreichen, sollen meine Ersparnisse/mein Vermögen verwendet werden.^{*)}
4. Ich möchte bis zu meinem Tode, sofern dies meinen Familienangehörigen zugemutet werden kann, in meiner Wohnung/in meinem Haus leben.^{*)} Sie/Er darf/dürfen für mich Heimunterbringung vertraglich regeln, falls Verbleib in meiner Wohnung/in meinem Haus nur unter unzumutbaren Umständen gewäh-rlieistet werden kann.^{*)}
5. Ihr/Ihm wird die Selbstkontraktion entgegen den Beschränkungen des **§ 181 BGB** ausdrücklich gestattet.^{*)}
6. Folgende Geschäfte soll sie/er nicht wahrnehmen können^{1*)} - s. Ergänzungstext S.2-:

Für vorgenannte u. auch folgende Punkte d. Gesundheits-sorge, Pflegebedürftigkeit u. für Vermögenssorge gilt bei Entscheidungen u. rechtsverbindlichen Handlungen, dass die/der 1. Haupt-Bevollmächtigte nur gemeinsam/übereinstimmend mit der/dem 2.od.3. Bevollmächtigten (Kontrollbevollmächtigte-n) üb. d. Rechtsgeschäft/die wichtige-n Entscheidung-en verfügen dürfen.^{*)}

Hinweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/ Sparkasse angebotene Konto-/ Depotvollmacht zurückgreifen. Diese Vollmacht berechtigt 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 sollte grundsätzlich in der Bank oder Sparkasse unterzeichnet werden; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Vollmachtserteilung können hierdurch ausgeräumt werden.

-Fortsetzung Vorsorgevollmacht siehe Seite 2-

-Evtl. Ergänzungstext siehe Folae-/Reihblatt-

Vorsorgevollmacht – Fortsetzung von Seite 1

Bezüglich einer schweren, irreversiblen Dauerschädigung meines Gesundheitszustandes mit der Unfähigkeit zur eigenen Willensbildung soll die von mir abgegebene und auf der Grundlage und im Sinne der neuen gesetzlichen Regelung über Wirksamkeit und Reichweite von Patientenverfügung zur Stärkung der >Patientenautonomie< - die >Patientenverfügung< vom [] , sowie die >Betreuungsvollmacht< vom [] Berücksichtigung und Anwendung finden.

Ergänzungstext:

- Ich bin im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte -.

Namen und Unterschrift der/ des Vollmachtgeber-in-s*):

Namen und Unterschrift der/ des 1. Haupt-Bevollmächtigten*):

Namen und Unterschrift der/ des 2. Bevollmächtigten*):

Namen und Unterschrift der/ des 3. Bevollmächtigten*):

Vorsorgevollmacht – Unterschriftsbeglaubigung

HESSEN Unterschriftsbeglaubigung durch das Ortsgericht:

Ortsgericht Florstadt

Ortsgerichtsvorsteher Torsten Lux
-Nieder-Florstadt-, Hof Birkensee 1
61197 Florstadt



Tagebuch – Nr.:

Die/ Der (Name-n, Anschrift) – mir persönlich bekannte-n – wie im Folgenden ausgewiesene-n*):

Name-n, PLZ, Wohnort, Straße, H.-Nr.– ausgewiesen durch:

hat/ haben die umseitige-n/ vorstehende-n Unterschrift-en - vor mir - vollzogen. Sie wird/ werden hiermit als von ihr/ ihm/ ihnen vollzogen von mir anerkannt und öffentlich beglaubigt. - Es waren keine Gründe erkennbar, am Vollbesitz ihrer/ seiner geistigen Kräfte zu zweifeln/ die Beglaubigung zu versagen.*)

PLZ, Ort, Datum:

61197 Florstadt, _____

D.S.

Ortsgerichtsvorsteher Torsten Lux

Unterschrift Ortsgerichtsvorsteher-in/ -Stellvertreter-in*)

Gebühr Nr.1 Geb.-Verz. (gem.§1 GBO)		EUR
Auslagen		EUR
Zusammen		EUR