

# *Zukunft gestalten – im Leben und darüber hinaus*

Informationen zu Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht,  
Erbschaft und Testament





## CHECKLISTE

Die Patientenverfügung muss enthalten:

- Eingangsformel
- Situationen, für die die Verfügung gelten soll
- Festlegungen zu pflegerischen/ärztlichen Maßnahmen
- Schlussformel
- Datum und Unterschrift

Folgende ergänzende Aussagen können zum Verständnis des von Ihnen Gewollten beitragen und Anordnungen und Wünsche des Verfassers deutlich machen:

- Wünsche zu Ort und Begleitung
- Aussagen zur Verbindlichkeit
- Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen
- Hinweis auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung
- Organspende
- Schlussbemerkungen
- Anhang: Wertvorstellungen

## CHECKLISTE

Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht ist in ihrem Umfang immer sehr individuell, aber auch hier sind einige Dinge zu beachten:

- Geben Sie Vollmachtgeber und Vollmachtnehmer mit vollem Namen, Anschrift, Geburtsdatum und -ort an.
- Aus dem Schriftstück muss deutlich hervorgehen, wer Vollmachtgeber und wer Vollmachtnehmer ist.
- Stellen Sie in Ihrer Vorsorgevollmacht klar, in welchen Angelegenheiten Sie welche Befugnisse in welchem Umfang erteilen. Hier sollte präzise formuliert werden.
- Falls sich Ihre Vollmacht auch auf Bankgeschäfte erstrecken soll, kann es sinnvoll sein, das Vorgehen Ihrer Bank zu erfragen: Einige Banken bestehen aus Haftungsgründen darauf, dass über ein bankeigenes Verfahren eine Kontovollmacht erteilt wird.
- Für Grundstücksgeschäfte, zahlreiche Transaktionen bei Unternehmen und Kreditverträge muss die Vollmacht notariell beurkundet sein.



## CHECKLISTE

### Testament

Beantworten Sie für sich die Frage, indem Sie das Ergebnis der gesetzlichen Erbfolge mit Ihren persönlichen Wünschen vergleichen. Berücksichtigen Sie dabei die Konstellationen, in denen die gesetzliche Erbfolge erfahrungsgemäß nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt:

- Sie sind alleinstehend und haben keine Kinder.
- Sie sind verheiratet und kinderlos.
- Es sind Kinder aus erster Ehe vorhanden.
- Es sind Stief- oder Pflegekinder vorhanden.
- Es sind nichteheliche Kinder vorhanden.
- Sie haben ein behindertes Kind.
- Es ist ein nichtehelicher Lebensgefährte/Verlobter vorhanden.
- Sie sind verheiratet, haben Kinder und möchten Ihren Ehegatten stärker absichern.
- Sie legen starken Wert auf den Erhalt des Familienvermögens.
- Aus der gesetzlichen Erbfolge resultiert eine Erbengemeinschaft und Sie möchten der Zersplitterung des Vermögens vorbeugen.
- Es gehört ein Unternehmen zum künftigen Nachlass.

Treffen eine oder mehrere Aussagen auf Sie zu? Dann sollten Sie Ihre Wünsche in einem Testament fixieren.

**Wichtige Informationen für Ihre Angehörigen**

Daten und Informationen, die für Erben oder Testamentsvollstrecker sinnvoll sind.

**I. Bestattung**

Bestattungsvorsorge: \_\_\_\_\_

Bestattungsunternehmen: \_\_\_\_\_

**II. Testament**

Hinterlegt bei \_\_\_\_\_

**III. Vermögensgegenstände:****1. Konten**

Bank:

a) Konto Nr. \_\_\_\_\_

b) Konto Nr. \_\_\_\_\_

c) Konto Nr. \_\_\_\_\_

d) Konto Nr. \_\_\_\_\_

**2. Depots**

a) Depot Nr. \_\_\_\_\_

b) Depot Nr. \_\_\_\_\_

**3. Sonstige Forderungen**

z. B. Darlehen, Investmentfonds, Geschlossene Immobilienfonds

**4. Grundstücke**

Lage (Adresse)	Art (z. B. ETW, EFH)	Anteil
a) _____	_____	_____

b) _____	_____	_____
----------	-------	-------

c) _____	_____	_____
----------	-------	-------

**5. Unternehmensbeteiligungen**

Firmenbezeichnung	Gesellschaftsform	Beteiligungshöhe
_____	_____	_____

**6. Sonstige Rechte:**

z. B. Lizenzen, Patente

**7. Bewegliche Habe:**

Verzeichnis der nach dem Testament vermachten Gegenstände:

Mobiliar \_\_\_\_\_

Bilder \_\_\_\_\_

Schmuck \_\_\_\_\_

Kunstgegenstände \_\_\_\_\_

Sonstiges, z. B. KfZ \_\_\_\_\_

**IV. Vertragspartner, die im Todesfall informiert werden müssen:**

**1. Versicherungen: Versicherer**

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Lebensversicherung \_\_\_\_\_

Rentenversicherung \_\_\_\_\_

Sonstige private Versicherungen:

Haftpflicht \_\_\_\_\_

Unfall \_\_\_\_\_

Sterbegeld \_\_\_\_\_

Immobilienversicherungen:

Brandversicherung \_\_\_\_\_

Gebäudehaftpflichtversicherung \_\_\_\_\_

Gebäudeversicherung \_\_\_\_\_

**2. Sonstige Dauerschuldverhältnisse**

Mietvertrag \_\_\_\_\_ Vermieter \_\_\_\_\_

Unternehmen:

Strom \_\_\_\_\_

Gas \_\_\_\_\_

Wasser \_\_\_\_\_

Zeitungsabonnement \_\_\_\_\_

Sonstige: z.B. Telefon, GEZ \_\_\_\_\_

**3. Mitgliedschaften**

Mitglieds-Nr.

Verein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. Wichtige Adressen:**

Steuerberater: \_\_\_\_\_

Finanzamt: \_\_\_\_\_ Steuernummer: \_\_\_\_\_

Sonstige Personen: \_\_\_\_\_

# MEINE PERSÖNLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Personalausweis-Nummer: \_\_\_\_\_

Wenn ich selbst nicht mehr für mich entscheiden kann, soll diese Patientenverfügung meinen Willen zum Ausdruck bringen. Meine nachfolgend festgelegten Wünsche sollen in schwierigen Lebenslagen verbindlich berücksichtigt werden.

Ja

Nein

Wenn in einer konkreten Situation Unsicherheiten über meine Behandlungswünsche bestehen, soll diese Patientenverfügung in erster Linie dazu dienen, meinen Vertreter, meine Ärzte und Angehörigen bei einer Entscheidungsfindung, die meinen Vorstellungen von Lebenssinn und Lebensqualität entspricht, zu unterstützen.

Ja

Nein

## **Meine Einstellung zum Leben und zum Sterben**

Was denke ich über mein Leben? Was ist mir besonders wichtig? Was denke ich über das Sterben? Was macht mir Angst?  
Was hilft mir?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Behandlungssituationen

Gültigkeitsvoraussetzungen der Patientenverfügung (nicht zutreffende Textpassagen bitte streichen)

Menschliche Zuwendung, gute Pflege sowie die angemessene Behandlung von Schmerzen, Luftnot, Angst und Übelkeit, sind immer Bestandteil der Grundversorgung.

### 1. Schwere Erkrankungen

#### a) schwere, akut auftretende Gehirnschädigung

Ein schwerer Hirnschaden kann zur Folge haben, dass ich aller Wahrscheinlichkeit nach auf Dauer nicht mehr in der Lage sein werde, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. In dieser Situation habe ich meine Einsichtsfähigkeit und die Möglichkeit mit meinen Mitmenschen in Kontakt zu treten verloren. Für diesen Fall wünsche ich, dass alles medizinisch Mögliche für mich getan wird. Dazu gehört eine intensive Heilbehandlung mit lebensverlängernden Maßnahmen wie beispielsweise Wiederbelebung, Beatmung, Dialyse oder Bluttransfusionen.

Nein  Ja

Diese Entscheidung treffe ich in Kenntnis dessen, dass in seltenen Fällen ein Aufwachen aus einem langen Wachkoma oder Koma möglich ist.

b) Wenn ich eine unheilbare, tödlich verlaufende Krankheit im Endstadium habe, bei der der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat, möchte ich, dass alles medizinisch Mögliche (s. 1.a) getan wird.

Ja  Nein

c) Sollte ich in einen schweren neurologischen Defektzustand (beispielsweise den Endzustand eines Demenzprozesses) geraten, wünsche ich weiterhin den Einsatz aller zur Verfügung stehenden medizinischen Mittel (siehe 1.a).

Nein  Ja

Sollte ich mich bei 1.a) bis 1.c) gegen den Einsatz intensiver Heilverfahren entschieden haben, beinhaltet das auch die Unterlassung der Behandlung zusätzlich auftretender Erkrankungen. Das bedeutet, dass bei so schweren Erkrankungen beispielsweise auf die Gabe eines Antibiotikums bei einer Lungenentzündung verzichtet wird.

Ja  Nein  Je nach Situation

**Das beinhaltet auch den Verzicht auf:**

- künstliche Ernährung (über Magensonde, PEG-Sonde oder intravenös)

Ja  Nein

---



---

- künstliche Flüssigkeitszufuhr (über Magensonde, PEG-Sonde oder intravenös)

Ja  Nein  Nach ärztlichem Ermessen

---



---

Das gilt insbesondere in folgenden Situationen:

---



---

Ich weiß, dass bei Verzicht auf künstliche Flüssigkeitszufuhr der Tod innerhalb weniger Tage eintreten kann.

**2. Sterbeprozess**

a.) Ich möchte, dass mein Leben möglichst lange erhalten bleibt, auch bei begonnenem Sterbeprozess.

Ja  Nein

b.) Zur Beherrschung von schweren Angstzuständen, Schmerzen, Luftnot oder anderen unerträglichen Beschwerden bin ich in der letzten Lebensphase grundsätzlich mit einer dauerhaften Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln (Palliativer Sedierung) einverstanden. Dabei nehme ich auch das Risiko einer Verkürzung meines Lebens in Kauf.

Ja  Nein

**3. Intensivtherapie**

Durch den Einsatz intensivmedizinischer Mittel kann oft ein Menschenleben gerettet werden. Wenn in einer Behandlungssituation nach aktuellem Erkenntnisstand berechnete Hoffnung besteht, dass ich nach überstandener Bedrohung ein Leben führen kann, das ich für mich bejahen kann (siehe „Meine Einstellung zum Leben und Sterben“), wünsche ich die Anwendung lebenserhaltender und intensivmedizinischer Maßnahmen. In einer solchen Situation soll das gegebenenfalls auch über viele Wochen geschehen.

Ja  Nein



### Entscheidungsfindung

In vielen Lebenslagen ist die Prognose nicht eindeutig. Wenn es unklar sein sollte, ob mein hier verfügter Wille in der konkreten Situation greift, wünsche ich die Durchführung eines Ethikkonsils.

Ja  Nein

### Begleitung

1. Bei schwerer Krankheit oder Bewusstlosigkeit wünsche ich mir menschlichen Beistand. Die Anwesenheit folgender Personen (auch am Krankenbett) wäre in meinem Sinne:

---



---



---

Gegenüber folgenden Menschen entbinde ich die mich behandelnden Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden von ihrer Schweigepflicht:

---



---



---

2. Bei Bedarf möchte ich auch die Begleitung durch einen Hospizdienst, eine Verlegung auf eine Palliativstation oder in ein stationäres Hospiz.

Ja  Nein

3. Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meine Angelegenheiten selbst zu regeln, habe ich bereits eine Vorsorgevollmacht verfasst.

Nein

Ja, mein/e Bevollmächtigte/r ist (Name, Tel., Anschrift): \_\_\_\_\_

---



---

4. Ich wünsche, dass eine Pastorin/ein Pastor, ein Priester oder Vertreter meiner Religion gerufen wird, um mir Beistand zu geben.

Ja  Nein

Meine Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Organspende**

Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organspende frei

Ja  Nein

**Falls ja:**

– Ich gestatte dies mit Ausnahme folgender Organe oder Gewebe: \_\_\_\_\_

– Ich gebe folgende Organe oder Gewebe zur Entnahme frei: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sollten durch meine Bereitschaft zur Organspende intensivmedizinische Behandlungen erforderlich werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann dürfen in diesem Fall diese Maßnahmen durchgeführt werden.

Ja  Nein

Ich erwarte, dass meine Wertvorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt werden. Sofern ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, möchte ich nicht, dass mir in der Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Ich beabsichtige, diese Patientenverfügung regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Zeugen**

(Die Unterschrift von Zeugen ist für die Wirksamkeit der Patientenverfügung nicht erforderlich, erhöht aber die Beweiskraft.)

Ich bestätige, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_

diese Verfügung nach ausführlicher Beratung durch mich und nach sorgfältiger Prüfung festgelegt hat und dass ich keine Zweifel an ihrer/seiner Entscheidungsfähigkeit habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zeugen/der Zeugin

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zeugen/der Zeugin

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

Eine erneute Unterschrift ist nicht gesetzlich gefordert, aber sinnvoll. Diese Aktualisierung kann mehrfach passieren. Jedenfalls sollte immer dann die Verfügung erneuert werden, wenn Sie etwas geändert haben. Sonst empfiehlt sich eine Aktualisierung durch erneute Unterschrift im Zweijahresrhythmus.

# VORSORGEVOLLMACHT UND BETREUUNGSVERFÜGUNG

## INHALT

### I. Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist in vier Unterpunkte gegliedert.

1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten
2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten
3. Untervollmacht / Befreiung von § 181 BGB Sie können eine Vollmacht für die persönlichen Angelegenheiten und die Vermögensangelegenheiten erteilen, oder aber unterschiedliche Bevollmächtigte für die verschiedenen Bereiche ernennen. Wichtig ist in jedem Fall, dass der/die jeweils Bevollmächtigte das Original der Vollmacht auf Anfrage vorlegen kann.
4. Regelungen im Innenverhältnis

### II. Betreuungsverfügung

### III. Zeugen

## I. Vorsorgevollmacht von:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

### 1. Vertretung in persönlichen Angelegenheiten

Mein/e Bevollmächtigte/r ist zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten uneingeschränkt befugt.

Ich bevollmächtige folgende Person als meinen Vertreter:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Er/Sie ist verpflichtet, sich in Fragen zur Gesundheitsfürsorge insbesondere an eine von mir verfasste Patientenverfügung zu halten. Bei offensichtlichen Abweichungen von meiner Patientenverfügung soll er/sie vom Betreuungsgericht kontrolliert werden können. Eine notarielle Bestätigung halte ich nicht für erforderlich.

Diese Vollmacht umfasst die Befugnisse gem. §§ 1904, 1906 BGB (soweit notwendig mit Genehmigung des Betreuungsgerichtes)

*(nachfolgend Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen)*

- zur Entscheidung in allen Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge und zu allen Einzelheiten einer ambulanten und/oder stationären Pflege.
- zur Einwilligung in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und zu Heilbehandlungen, auch wenn sie unter Umständen zu gesundheitlichen Schäden oder zum Tod führen können.
- die Einwilligung zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen.
- die Einwilligung zum Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen.
- zur Einsicht in die Krankenunterlagen und zur Bewilligung von deren Herausgabe an Dritte, soweit dies zu meiner Behandlung und Weiterbehandlung erforderlich ist; dazu entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte und Pflegenden gegenüber meinem/r Vertreter/in von der Schweigepflicht.
- zur Bestimmung über meinen Aufenthalt, gegebenenfalls auch über den Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim.
- zur Entscheidung über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung oder über freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z.B. Bettgitter) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung, soweit dies zu meinem Wohl und zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens erforderlich ist.

Der/die Bevollmächtigte kennt meine Einstellung zu Krankheit und Sterben, wie ich sie in meiner Patientenverfügung niedergelegt habe.

Ja       Nein

Eine Vorsorgevollmacht ist jederzeit frei widerruflich und kann von mir zurückgezogen werden. Absprachen zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem in ihrem Innenverhältnis (z.B. Vergütungsvereinbarungen) obliegen der eigenen Verantwortung.

### **Bevollmächtigte/r für persönliche Angelegenheiten**

(Die Unterschrift des/der Bevollmächtigten ist nicht erforderlich und ist rechtlich unverbindlich, mit ihr soll lediglich die Kenntnisnahme und die Bereitschaft zur Übernahme der Vertrauensstellung dokumentiert werden.)

Sobald der/die Verfasser/in infolge Krankheit oder Behinderung seine/ihre eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann, bin ich ohne rechtliche Verpflichtung bereit, im vorbezeichneten Umfang als sein/ihr rechtsgeschäftlicher Vertreter/in für ihn/sie und an seiner/ihrer Stelle zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit aufgeben oder widerrufen kann.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des/der Bevollmächtigten

### Weitere Bevollmächtigte für persönliche Angelegenheiten (in folgender Reihenfolge)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon des/der Bevollmächtigten)

### 2. Vertretung in Vermögensangelegenheiten

Mein/e Bevollmächtigte/r ist zu meiner Vertretung in Vermögensangelegenheiten bevollmächtigt.

Ich bevollmächtige die bereits zu meiner Vertretung in allen persönlichen Angelegenheiten genannte Person.

Ich bevollmächtige folgende Person:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

unbeschränkt und umfassend

beschränkt auf folgende Bereiche:

*(nachfolgend Zutreffendes bitte ankreuzen und Nichtzutreffendes streichen)*

Wahrnehmung von Rechten und Pflichten aus einem eventuellen Mietvertrag einschließlich der Kündigung und Haushaltsauflösung.

Entgegennehmen und Öffnen meiner Post.

Alle Regelungen des Post- und Fernmeldeverkehrs einschließlich des Schließens und Kündigens von Verträgen.

Vertretung gegenüber Behörden, Gerichten, Versicherungen, Renten- und Sozialversicherungsträgern.

Verwaltung des Vermögens einschließlich der Befugnis zur Vornahme aller damit einhergehenden Rechtshandlungen.

Hinweise:

■ Banken akzeptieren eine Bevollmächtigung grundsätzlich nur dann, wenn sie selbst die Legitimation des Vollmachtgebers prüfen konnten oder die Vollmacht in notarieller Form erstellt wurde.

■ Bei Immobiliengeschäften und Handelsgewerben kann die notarielle Form der Vollmacht erforderlich sein. Insbesondere dazu sollten Sie sich gesondert beraten lassen.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Wirkung der Vollmacht reicht über den Tod des Vollmachtgebers hinaus:

- Ja (sie gilt bis zum Widerruf durch den Erben).  
 Nein sie erlischt mit dem Zeitpunkt des Todes).

Weitere Bevollmächtigte für Vermögensangelegenheiten (in folgender Reihenfolge)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Anschrift, Telefon des Bevollmächtigten)

### Bevollmächtigte/r in Vermögensangelegenheiten

*(Die Unterschrift der/des Bevollmächtigten ist nicht erforderlich und ist rechtlich unverbindlich, mit ihr soll lediglich die Kenntnisnahme und die Bereitschaft zur Übernahme der Vertrauensstellung dokumentiert werden.)*

Sobald der/die Vollmachtgeber/in infolge von Krankheit oder Behinderung seine/ihre eigenen Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann, bin ich ohne rechtliche Verpflichtung bereit, im oben bezeichneten Umfang als sein/ihr rechtsgeschäftlicher Vertreter für ihn/sie und an seiner/ihrer Stelle zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich diese Bereitschaft jederzeit aufgeben oder widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Bevollmächtigten

### 3. Untervollmacht / Befreiung von § 181 BGB / Widerruf

a) Der/die Bevollmächtigte kann, soweit rechtlich zulässig, Untervollmachten erteilen und dabei diese Vollmacht ganz oder teilweise auf Dritte übertragen. Dies gilt für:

Persönliche Angelegenheiten  Ja  Nein

Vermögensangelegenheiten  Ja  Nein

b) Von den Beschränkungen des § 181 BGB (Verbot des Insichgeschäfts) ist der Bevollmächtigte in den Vermögensangelegenheiten befreit, so dass er befugt ist, Rechtsgeschäfte im Namen des Vollmachtgebers mit sich selbst oder als Vertreter eines Dritten vorzunehmen:

Ja  Nein

c) Jede der mit diesem Dokument erteilten Vollmachten ist jeweils einzeln jederzeit widerruflich, nicht jedoch durch etwaig gerichtlich bestellte Nachlassverwalter oder -pfleger. Sie kann auch von dem jeweiligen Bevollmächtigten gegenüber den weiteren Bevollmächtigten widerrufen werden, nicht jedoch durch die weiteren Bevollmächtigten gegenüber dem jeweilig vorrangig Bevollmächtigten.

#### 4. Regelungen im Innenverhältnis gegenüber der/dem Bevollmächtigten

Im Innenverhältnis gegenüber der/dem Bevollmächtigten – und damit ohne äußeren Einfluss auf die Verwendung der Vollmacht gegenüber Geschäftspartnern (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, Bank, weitere Beteiligte) – bestimme ich:

- a. Der/die Bevollmächtigte wird angewiesen, von der Vollmacht erst dann Gebrauch zu machen, wenn der Vorsorgefall eintritt (Geschäftsunfähigkeit bzw. Betreuungsbedürftigkeit).
- b. Die weiteren Bevollmächtigten werden angewiesen, von der ihnen erteilten Vollmacht erst dann Gebrauch zu machen, wenn der Bevollmächtigte stirbt oder aus anderen Gründen die ihm erteilte Vollmacht ganz oder zeitweise nicht ausüben kann oder nicht ausüben möchte

Mir ist bekannt, dass das Handeln des Bevollmächtigten sofort wirksam ist, wenn er im Besitz der Vollmachtsurkunde ist. Die Einhaltung der im Innenverhältnis erteilten Weisungen ist vom Geschäftspartner nicht zu prüfen. Ich habe das Vertrauen zu meinen Bevollmächtigten, dass sie sich an diese Vorgaben halten. Die Bevollmächtigten wissen, dass sie sich bei Vollmachtsmissbrauch gegebenenfalls strafbar machen.

**Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin zur Vorsorgevollmacht (I) zu den Punkten 1., 2., 3. und 4.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin

#### II. Betreuungsverfügung von:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Soweit trotz der vorstehenden Vollmachtserteilung eine gesetzliche Vertretung erforderlich werden sollte, bitte ich das Amtsgericht – Betreuungsgericht – folgende Person als Betreuer zu bestellen:

meine/n Vorsorgebevollmächtigte/

\_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



Sofern Sie dies für erforderlich halten, können Sie auch verfügen, dass bestimmte Personen nicht zum Betreuer bestellt werden sollen.

Folgende Personen sollen auf keinen Fall als Betreuer bestellt werden:

---



---

### Unterschrift des Vollmachtgebers/der Vollmachtgeberin zur Betreuungsverfügung (II)

---

Ort und Datum

---

Unterschrift der/des Verfügenden

### III. Zeugen

(Die Unterschrift von Zeugen ist für die Wirksamkeit der Vollmachten bzw. der Verfügung nicht erforderlich, aber zu empfehlen, um die Beweiskraft zu erhöhen. Eine Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit kann z. B. durch einen Arzt erfolgen.)

Der Zeuge/die Zeugin erklärt:

Ich habe mich davon überzeugt, dass der/die Verfügende bei der Abfassung/Besprechung diesen Erklärungen (I - II) frei in seiner Entscheidung und bei klarem Verstand war.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Zeugen/der Zeugin

---

Ort und Datum

---

Unterschrift des Zeugen/der Zeugin



### **Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe**

Schulstraße 22, 33330 Gütersloh

Telefon: 05241 9770-0

Telefax: 05241 9770-777

E-Mail: [info@schlaganfall-hilfe.de](mailto:info@schlaganfall-hilfe.de)

Internet: [schlaganfall-hilfe.de](http://schlaganfall-hilfe.de)

[facebook.com/schlaganfallhilfe](https://facebook.com/schlaganfallhilfe)

[twitter.com/Schlaganfall\\_dt](https://twitter.com/Schlaganfall_dt)

### **Spendenkonto**

Sparkasse Gütersloh-Rietberg

IBAN: DE80 4785 0065 0000 0000 50

BIC: WELADED1GTL

