

Vollmacht

- Ab sofort
- Für den Fall, dass ich meine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann, erteile ich

[Name, Vorname, Geburtsdatum] hiermit **Vollmacht** an:

1. Vollmachtnehmer/in (Name, Vorname, Geburtsdatum, Telefon, E-Mail)
2. Vollmachtnehmer/in (“)
3. Vollmachtnehmer/in (“)

Diese Vertrauenspersonen sind berechtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich nachfolgend mit Ja angekreuzt habe.

- Jede/r für sich allein in der Reihenfolge der Nennung.
- Gemeinsam.

➔ Aufenthalt / Wohnung / Heimvertrag

Wahrnehmen von Rechten und Pflichten aus einem Mietvertrag einschließlich Kündigung	<input type="radio"/> Entfällt	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haushaltsauflösung		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Abschließen eines Pflegeheimvertrages		<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

➔ Behörden und Ähnliche

Vertretung gegenüber Behörden, Kranken- und Pflegekassen, Versicherungen, Rententrägern, Sozialamt, Versorgungsamt u. ä.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

→ **Vermögenssorge**

Vermögen verwalten und über Vermögen verfügen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Willenserklärungen zu meinen Guthaben oder Schulden abgeben	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Verbindlichkeiten eingehen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kleinere Schenkungen vornehmen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Telebanking-Daten sind hinterlegt

→ **Post / Telefon / Telefax, E-Mail**

Post etc. entgegennehmen, öffnen, beantworten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Willenserklärungen und Entscheidungen abgeben, z. B. Neuabschluss oder Kündigung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

→ **Vertretung vor Gericht**

Vertretung gegenüber Gerichten und bei Verfahren/ Prozessen aller Art	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---	--------------------------	----------------------------

→ **Untervollmacht**

Erlaubnis zum Erteilen von Untervollmacht für die Dauer der Verhinderung der Vollmachtnehmer/innen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

→ **Geltung über den Tod hinaus**

Diese Vollmacht soll über meinen Tod hinaus fortgelten	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

→ **Betreuungsverfügung**

Falls trotz dieser Vollmacht eine rechtliche Betreuung erforderlich werden sollte, sollen die auf Seite 1 genannten Vertrauenspersonen auch zu Rechtlichen Betreuern ernannt werden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---	--------------------------	----------------------------

Eigene Ergänzungen:

(Ort, Datum)

(Unterschrift Vollmachtgeber/in)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Vollmachtnehmer/in 1)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Vollmachtnehmer/in 2)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Vollmachtnehmer/in 3)

Kopien der 4 Personalausweise sind beigelegt.

→ Ärztin/Arzt: Hiermit bestätige ich, dass mein/e Patient/in voll geschäftsfähig ist.

(Ort, Datum, Stempel, Unterschrift)

Diese Vollmacht wird von mir aufrechterhalten:

Ort	Datum	Unterschrift (Vollmachtgeber/in)
	2017	
	2018	
	2019	
	2020	
	2021	
	2022	
	2023	
	2024	
	2025	
	2026	
	2027	
	2028	
	2029	
	2030	
	2031	
	2032	
	2033	
	2034	
	2035	

Auch ohne meine aktuelle Unterschrift soll diese Vollmacht Gültigkeit behalten !