

# Vorsorgevollmacht

Nachname, Vorname

Geboren am

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

**Ich bevollmächtige widerruflich  
 und über meinen Tod hinaus**

1. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

2. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

3. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

4. Nachname, Vorname

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Geboren am

im Falle einer körperlichen, geistigen, seelischen und/oder psychischen Erkrankung oder Behinderung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen oder umzusetzen, meine Interessen wahrzunehmen und mich gegenüber Dritten zu vertreten.

Diese Vorsorgevollmacht ist nur wirksam, wenn der oben genannte Zustand von einem Arzt/einer Ärztin auf Seite 5 dieser Vollmacht bescheinigt wird.

# Vorsorgevollmacht

Folgende Vertretungsregelung wird festgelegt:

- Die unter 1. genannte bevollmächtigte Person ist Hauptbevollmächtigte, die anderen sind Vertretende in der oben genannten Reihenfolge.
- Jede bevollmächtigte Person ist gleichberechtigt und alleine entscheidungsbefugt.
- Alle Entscheidungen müssen von den bevollmächtigten Personen gemeinsam getroffen werden.

## Die Vollmacht erstreckt sich auf folgende Aufgabenbereiche, die ich im Folgenden angekreuzt habe:

- Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes
- Regelung aller Wohnungsangelegenheiten
- Sämtliche Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge, insbesondere Einwilligungen in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen und in ärztliche Eingriffe jeglicher Art. Dies gilt auch, wenn ich infolge eines Eingriffs versterben oder einen länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Weiterhin ist / sind die bevollmächtigte(n) Person(en) befugt, die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen zu erteilen. Dabei muss meine Patientenverfügung und/oder mein mutmaßlicher Wille beachtet werden.
  - Berechtigung zur Beantragung von
  - freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
  - geschlossener Unterbringung
  - ärztlichen ZwangsmaßnahmenHierfür sind neben der Bevollmächtigung gerichtliche Genehmigungen erforderlich.
- Vertretung gegenüber Behörden, Renten- und sonstigen Leistungsträgern
- Regelung sämtlicher vermögensrechtlicher Angelegenheiten, insbesondere
  - Bankangelegenheiten (z. B. Verfügung, Eröffnung oder Auflösung von Konten, Sparbüchern, Depots oder Safeinhalte)
  - Erbschaftsangelegenheiten
  - Immobiliengeschäfte und Grundbuchangelegenheiten
- Post- und Fernmeldeangelegenheiten (auch in elektronischer Form)

# Vorsorgevollmacht

- Entscheidungen über das Umgangs- und Besuchsrecht
- Erteilung von Untervollmachten
- Art und Weise meiner Bestattung
- Zugriff auf und Löschung von Internetdaten

**Diese Vorsorgevollmacht stellt zugleich eine Betreuungsverfügung dar.**

- Besondere Anweisungen und Wünsche an die bevollmächtigte(n) Person(en) sind nachfolgend aufgeführt:

---

---

---

**Ich habe den Inhalt dieser Vorsorgevollmacht verstanden.  
Die vorliegende Vorsorgevollmacht erteile ich in völliger Freiheit und  
nach Absprache mit der/den von mir bevollmächtigten Person(en).**

---

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person

---

Unterschrift der vollmachtnehmenden Person(en)

# Vorsorgevollmacht

Im Falle einer Beglaubigung durch die zuständige Behörde (wird von der Behörde ausgefüllt):

## Die Unterschrift/das Handzeichen der vollmachtgebenden Person

Nachname, Vorname	Geboren am
Straße und Haus-Nr.	
(PLZ) Wohnort	

persönlich bekannt/ausgewiesen durch

\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_,

**ist vor mir als Urkundsperson vollzogen/anerkannt worden.  
Die Echtheit wird hiermit öffentlich beglaubigt.**

Aachen, \_\_\_\_\_

StädteRegion Aachen  
Der Städteregionsrat  
Betreuungsbehörde

# Vorsorgevollmacht

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass die auf Seite 1 dieser Vorsorgevollmacht beschriebenen, krankheitsbedingten Umstände eingetreten sind.

Name des Arztes/der Ärztin

Straße und Haus-Nr.

(PLZ) Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin