

Müller



Landeshauptstadt  
München  
Sozialreferat

# Vorsorge

durch

... Vollmacht

... Betreuungserklärung

... Patientenverfügung

Formularsatz der  
Münchener Betreuungsstelle

Herausgeberin  
Landeshauptstadt München  
Sozialreferat  
Amt für Soziale Sicherung  
Schuldner- und Insolvenzberatung  
Betreuungsstelle  
Mathildenstraße 3a  
80336 München  
Tel.: (0 89) 2 33-2 62 55  
Fax. (0 89) 2 33-2 50 56  
betreuungsstelle.soz@muenchen.de  
www.muenchen.de/betreuungsstelle

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Formularsatzes darf ohne vorherige schriftliche Genehmigung der Betreuungsstelle der Landeshauptstadt München verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Die Verwendung der Formulare ist nur für den privaten Gebrauch erlaubt.

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Inhalte übernimmt der Verfasser keine Haftung.

Die zur Verfügung gestellten Formulare und die Erläuterungen zur Patientenverfügung wurden in einem Arbeitskreis im Rahmen der Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit, Effnerstraße 93, 81925 München, erstellt.

In diesem Arbeitskreis haben mitgewirkt:

Dr. Jürgen Bickhardt, Internist, Kardiologe  
Professor Dr. Gian Domenico Borasio, Neurologe, Palliativmedizin  
Dr. Hans Dworzak, Anästhesist, Intensivmedizin  
Bernadette Fittkau-Tönnemann, M.P.H., Anästhesistin, Palliativmedizin  
Professor Dr. Monika Führer, Kinderärztin, Palliativmedizin  
Bruno Geßeler, Notar a.D.  
Udo Gramm, Jurist  
Karlo Heßdörfer, Jurist  
Dr. Hans-Joachim Heßler, Jurist  
Brigitte Hirsch, Krankenschwester/Palliativfachkraft  
Dr. Dr. Ralf Jox, M.A., Medizinethik, Neurologie, Palliativmedizin  
Annemarie Keupp, Diplom-Sozialpädagogin (FH)  
Professor Dr. Bernhard Knittel, Jurist  
Wolfgang Putz, Rechtsanwalt  
Josef Raischl, Hospizsozialarbeiter, Diplomtheologe  
Hermann Reigber, Diplomtheologe, Diplompflegewirt  
Dr. Susanne Roller, Internistin, Palliativmedizin  
Ursula Ruck-Köthe, Diplom-Sozialpädagogin (FH)  
Angelika Schieder, Diplom-Sozialpädagogin (FH)

Druck: Stadtkanzlei 14. Auflage: 5.000

RecyStar Polar

Gedruckt auf Papier, das mit dem Blauen Engel (100% Recyclingpapier) ausgezeichnet ist.

Stand: Juni 2013

# Vollmacht

Ich,

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Vollmachtgeber/in)

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

1

erteile hiermit Vollmacht an

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(bevollmächtigte Person)

2

\_\_\_\_\_  
(Adresse, Telefon, Telefax, E-Mail)

**Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werden sollte.**

**Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.**

## Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

3

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja  Nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). <sup>1)</sup> Ja  Nein

1) Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in jegliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die Nichtvornahme der Maßnahme für mich mit Lebensgefahr verbunden sein könnte oder ich dadurch einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. <sup>2)</sup> Ja  Nein
- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Ja  Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs.1 BGB), ärztliche Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Unterbringung (§ 1906 Abs. 3 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u.Ä.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist. <sup>3)</sup> Ja  Nein
- Sie darf \_\_\_\_\_

4

**Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten**

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen. Ja  Nein
- Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen. Ja  Nein
- Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen. Ja  Nein
- Sie darf \_\_\_\_\_

5

**Vermögenssorge**

- Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich Ja  Nein
- über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen Ja  Nein

2) Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 Abs. 4 und 5 BGB).

3) In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1906 Abs. 2, 3a und 5 BGB)

- Zahlungen und Wertgegenstände annehmen Ja  Nein
- Verbindlichkeiten eingehen Ja  Nein
- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.<sup>4)</sup> Ja  Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist. Ja  Nein
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

---



---

**Post- und Fernmeldeverkehr**

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Service „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben. Ja  Nein

6

**Behörden**

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten. Ja  Nein

7

**Vertretung vor Gericht**

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. Ja  Nein

**Untervollmacht**

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen. Ja  Nein

4) Banken, Sparkassen und Kreditinstitute verlangen oft eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken! Für die Erledigung von Bankangelegenheiten im Rahmen der Vermögenssorge sollten Sie deshalb auf die angebotenen Konto- und Depotvollmachten, die Sie bei Ihrem Bankinstitut erhalten, zurückgreifen.

Die Bevollmächtigung über Konten und Depots ist grundsätzlich in Ihrer Bank oder Sparkasse vorzunehmen. Damit können etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit der Bevollmächtigung ausgeschlossen werden.

**Geltung über den Tod hinaus**

■ Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.

Ja  Nein

**Regelung der Bestattung**

■ Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.

Ja  Nein

8

**Betreuungsverfügung**

■ Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.

Ja  Nein

**Weitere Regelungen**

■ \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers)

10

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Vollmachtnehmerin / des Vollmachtnehmers)

Beglaubigungsvermerk:

Die vorstehende Unterschrift/Das vorstehende Handzeichen von \_\_\_\_\_, geb. am: \_\_\_\_\_,

wohnhaft in \_\_\_\_\_

persönlich bekannt:

ausgewiesen durch: \_\_\_\_\_

Personalausweis Nr. \_\_\_\_\_

Reisepass Nr. \_\_\_\_\_

wurde vor der Urkundsperson \_\_\_\_\_

Name, Vorname

vollzogen  anerkannt.

Die Echtheit der Unterschrift wird hiermit öffentlich beglaubigt.

München, den \_\_\_\_\_

Betreuungsstelle der Landeshauptstadt München

---

Unterschrift der Urkundsperson Stempel der Dienststelle Dienstsiegel