

Beispiel (!!) einer **Generalvollmacht**

Vollmachtgeber: Waltraud Muster, geb.22.05.1921

Anschrift: Hauptstraße 53, 60325 Musterstadt

Generalvollmacht (Allgemeine Vollmacht)

Ich, *Waltraud Muster*, bevollmächtige *Traute Trautmann*, geb. 12.06.1945,

Anschrift: *Nebengasse 15, 60029 Kuchenwalde*,

mich in allen finanziellen Angelegenheiten zu vertreten. Sie soll ebenso in allen persönlichen Angelegenheiten meine Rechte wahren, weil ich ihr vertraue. Ihre Rechtshandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, wie wenn ich sie selbst ausführen würde.

Die Vollmacht berechtigt insbesondere... [bitte von unten auswählen]

Die Vollmacht gilt nur, wenn die Bevollmächtigte das Original dieser Vollmacht vorlegen kann. Die Vollmacht und das ihr zugrundeliegende Auftragsverhältnis bleiben in Kraft, wenn ich nicht mehr lebe.

Für Entscheidungen, die nicht aufgrund meiner Vollmacht getroffen werden können, verfüge ich, dass meine Bevollmächtigte zur Betreuerin bestellt werden soll.

Ort, Datum..... Unterschrift.....

Ich habe den Inhalt erneut überprüft und bestätige, dass dieser weiterhin mein Wille ist:

Ort, Datum..... Unterschrift.....

Die Vollmacht berechtigt insbesondere.....

A) Vermögensangelegenheiten

Zur Regelung von Bankgeschäften (Bankvollmachten) empfiehlt es sich, die bankeigenen Formulare zu benutzen.

- 1.) zur Verwaltung meines Vermögens und zur Verfügung über meine Konten bei Banken und Sparkassen.
- 2.) zur Verfügung über Vermögensgegenstände, zum Vermögenserwerb, zum Inkasso, zum Eingehen von Verbindlichkeiten.
- 3.) Ich möchte meinen bisherigen Lebensstandard beibehalten. Dazu soll, wenn nötig, das Vermögen verbraucht werden.

B) Verträge, Anträge

- 1.) zur Vertretung in Renten-, Versorgungs-, Steuer- und sonstigen Angelegenheiten und zur Beantragung von Renten (Versorgungsbezügen) oder Sozialhilfe.
- 2.) zu geschäftsähnlichen Handlungen und zu allen Verfahrenshandlungen.
- 3.) Rechtsstreitigkeiten in meinem Namen durch alle Rechtszüge zu führen, Bevollmächtigte hierfür zu bestellen, Vergleiche abzuschließen, Verzichte zu erklären und Ansprüche anzuerkennen, Wiedereinsetzung in den vorigen Stand, einstweilige Verfügungen und Arreste zu erwirken.
- 4.) zum Abschluß eines Heimvertrages oder einer ähnlichen Vereinbarung.
- 5.) Diese Vollmacht erstreckt sich auch auf meine Vertretung bei allen öffentlichen Registern.

C) Persönliche Angelegenheiten

- 1.) Die Vollmacht dient auch zur Regelung meines Aufenthaltsortes.
- 2.) Die Vollmacht berechtigt zum Abholen und Öffnen meiner Post und zur Abmeldung meines Telefons. (Zum Abholen der Post braucht der Bevollmächtigte eine vom Notar beglaubigte Unterschrift des Vollmachtgebers. Die Vollmacht kann bei der Post hinterlegt werden und gilt bis zum schriftlichen Widerruf.)
- 3.) Ich habe einen Grabpflegevertrag abgeschlossen. Dieser Vertrag darf von meinen Angehörigen nach meinem Tod nicht gekündigt werden.

D) Wohnungsangelegenheiten und Heimaufnahme

- 1.) Die Vollmacht berechtigt zur Auflösung des Mietverhältnisses über meine Wohnung.
- 2.) Sollte der Umzug in ein Heim unvermeidlich sein, so möchte ich mich mit dem Verkaufserlös aus meinem Haus in das Stift

Name..... Anschrift.....

einkaufen und meinen Aufenthalt dort finanzieren.

- 3.) Ich möchte bis zum Tode in meiner Eigentumswohnung leben.

4.) Meine Nichte

Name..... Anschrift.....

soll mich (bei Bedarf) pflegen und kann dann ihren Wohnsitz bei mir nehmen.

5.) Wenn ich in einem Heim leben muß, soll mein Haus nicht verkauft werden. Wenn nach einem halben Jahr klar ist, dass ich nicht mehr zurückziehen kann, kann das Haus vermietet werden. Meine Möbel sollen bis zu meinem Tode eingelagert werden.

6.) Sollte eine Heimaufnahme erforderlich werden, möchte ich in folgendem Heim wohnen:

Name..... Anschrift.....

7.) Wenn ich in dem von mir ausgewählten Heim nicht wohnen kann, soll

- in meiner gewohnten Umgebung ein anderes Heim gesucht werden oder
- ein anderes Heim in der Nähe meiner Bevollmächtigten

Name..... Anschrift.....

8.) Sollte eine Wohnungsauflösung erforderlich werden, sollen folgende Möbel und Gegenstände ausgehändigt werden an:

Name..... Anschrift.....

E) Handhabung der Vollmacht

1.) Die Vollmacht gilt erst, wenn der oder die Bevollmächtigte durch ein fachärztliches Zeugnis nachweist, dass ich geschäftsunfähig bin oder dass Zweifel an meiner Geschäftsfähigkeit bestehen.

2.) Die Vollmacht gilt erst bei Vorlage eines fachärztlichen Zeugnisses, das bescheinigt, dass ich nicht mehr verantwortlich handeln kann oder körperlich dazu nicht mehr in der Lage bin.

3.) Der oder die Bevollmächtigte kann im Einzelfall Untervollmachten erteilen.

4.) Die Aufgabenerledigung soll unentgeltlich erfolgen. Der oder die Bevollmächtigte hat Anspruch auf Ersatz der Auslagen.

5.) Meiner/meinem Bevollmächtigten soll ihr/sein Engagement monatlich mit Euro.....vergütet werden. Der Betrag soll den Veränderungen der Lebenshaltungskosten ab heute jährlich angepaßt werden.

6.) Zu benachrichtigen sind

Name..... Anschrift.....

F) Ersatzpersonen, Ausschluß von...

- 1.) Für den Fall, dass meine Bevollmächtigte die Aufgabe, aus welchen Gründen auch immer, nicht annehmen kann, bevollmächtige ich als Ersatzperson:

Name Vorname

.

Geburtsdatum Anschrift

- 2.) Falls ein Betreuer benötigt wird, um meine Rechte gegenüber meiner Bevollmächtigten zu wahren (Kontrollbetreuung), möchte ich, dass dies von folgender Person übernommen wird:

Name Vorname

.

Geburtsdatum Anschrift

- 3.) Folgende Handlungen sollen von der Vollmacht ausgeschlossen sein:

.....

.....

G) Gesundheits- und Behandlungsvorsorge

Bei Verfügungen zu ärztlichen Maßnahmen ist es ratsam, die Vollmacht stets mit einer Betreuungsverfügung zu kombinieren.

- 1.) Mein Bevollmächtigter darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, auch wenn die Gefahr besteht, dass ich dabei sterbe oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Er muß dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes einholen.

Wenn Sie diesen Punkt nicht in die Vollmacht aufnehmen, wird im Bedarfsfall ein Betreuungsverfahren erforderlich.

- 2.) Die Bevollmächtigte ist berechtigt, Erklärungen (Zustimmungen und Verweigerungen) bei ärztlichen Behandlungen abzugeben. Ich entbinde hierfür meine Ärzte gegenüber der Bevollmächtigten von der Schweigepflicht.

- 3.) Bei der Zustimmung zu medizinischen Eingriffen verfüge ich,

- dass alle Maßnahmen mit den Ärzten intensiv beraten werden,
- dass lebensverlängernde Maßnahmen nur angewandt werden, wenn gute Aussichten bestehen, dass sich mein Zustand entscheidend verbessert.

- 4.) Im Falle einer schweren Erkrankung oder bei erforderlicher Intensivpflege möchte ich den Beistand eines Geistlichen der Konfession:

.....

- 5.) Ich wünsche eine umfassende Schmerztherapie ohne Rücksicht auf eventuelle Nebenwirkungen (Benommenheit, Abhängigkeit, Lebensverkürzung).

6.) Maßnahmen zur Pflegeerleichterung (z.B. Port-Systeme zur Medikamentengabe, Katheter oder Sonden) sollen nur getroffen werden, wenn sie mein Leiden nicht verlängern oder verschlimmern.

Bei Regelungen, die die Beendigung von lebenserhaltenden Maßnahmen beinhalten, müssen Sie Ihren Willen klar und eindeutig zum Ausdruck bringen. Arzt sowie Bevollmächtigter und Rechtlicher Betreuer sind an Ihren Willen gebunden, wenn Sie sich unmißverständlich ausdrücken. Hilfreich ist es, eine festumrissene Zeitspanne anzugeben:

- Ich verlange, dass eine intensivmedizinische Behandlung, Sondenernährung oder sonstige vergleichbare lebenserhaltende Maßnahmen nach Monaten abgebrochen werden. Ich beauftrage meine Bevollmächtigte/ Gesetzliche Betreuerin, alle rechtlichen Mittel gegenüber den Ärzten in Anspruch zu nehmen, um die Beendigung der obengenannten lebenserhaltenden Maßnahmen durchzusetzen.
- Ich verlange, dass eine intensivmedizinische Behandlung oder sonstige vergleichbare lebenserhaltende Maßnahmen nach Monaten abgebrochen werden. Sollte eine Sonde zur Ernährung gelegt worden sein, möchte ich nicht, dass sie entfernt wird. Ich will nicht verhungern oder verdursten. Ich beauftrage meinen Bevollmächtigten/Rechtlichen Betreuer, alle rechtlichen Mittel gegenüber den Ärzten in Anspruch zu nehmen, um die Beendigung der oben genannten lebensverlängerten Maßnahmen durchzusetzen.
- Meine Vertrauensperson kann in ärztliche Maßnahmen einwilligen oder deren Beendigung bestimmen. Ein Leben ohne Bewußtsein und ohne Aussicht auf Besserung wünsche ich nicht. Sollte ein solcher Zustand eintreten und länger als Monate andauern, sollen die Maßnahmen zur künstlichen Lebensverlängerung eingestellt werden.
- Ich wünsche keine Verlängerung meines Leidens oder Sterbens durch die Intensivmedizin, wenn zwei Ärzte/ Ärztinnen bestätigen, dass keine Heilung oder Besserung meiner Krankheit mehr möglich ist. Ich wünsche ein menschenwürdiges Sterben und bitte meine Ärzte/Ärztinnen, mir dabei zu helfen.
- Im Falle einer andauernden Bewußtlosigkeit oder einer unheilbaren oder kurzfristig zum Tode führenden Krankheit wünsche ich lediglich Grundpflege und eine umfassende Schmerztherapie.
- Wenn eine Situation eintritt, in der mein Leben unmittelbar gefährdet ist und in der keine Aussicht auf eine nachhaltige Verbesserung meines Zustandes im Hinblick auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität mehr besteht, wünsche ich keine kurzfristig lebensrettenden Maßnahmen, insbesondere keine Wiederbelebung bei Herzstillstand, Atemstillstand, Stoffwechsellstörungen und/oder schwerer dauerhafter Schädigung meiner Gehirnfunktionen. Ich wünsche, dass diese Erklärung den Ärzten, die mich in dieser Situation behandeln, schriftlich zum Verbleib in der Krankenakte gegeben wird.
- Ich wünsche, dass alle ärztlichen Maßnahmen, die möglich sind, ergriffen werden, um mein Leben zu verlängern.

H) Organspende

- 1.) Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organtransplantation frei.
- 2.) Im Falle meines Todes gebe ich meinen Körper zur Organtransplantation frei, jedoch möchte ich nicht, dass
.....
- 3.) Ich wünsche nicht, dass nach meinem Tod Organe aus meinem Körper entnommen werden.

I) Freiheitsentziehende Maßnahmen

Die Bevollmächtigte kann auch über Handlungsweisen entscheiden, die meine Bewegungsfreiheit (z.B. Bettgitter/ Beruhigungsmedikamente/ Bauchgurt) betreffen. Außerdem soll sie auch über eine Unterbringung entscheiden können, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist. Die Bevollmächtigte benötigt dazu die vorherige Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes. Sie hat die Maßnahme zu beenden, wenn die Voraussetzungen entfallen.

Wenn Sie diesen Punkt nicht in die Vollmacht aufnehmen, wird im Bedarfsfall ein Betreuungsverfahren erforderlich. Bei Verfügungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen ist es ratsam, die Vollmacht stets mit einer Betreuungsverfügung zu kombinieren.

Bitte beachten Sie, alle oben genannten Formulierungen sind nur Beispiele. Sie können selbstverständlich auch andere Wünsche bzw. Anweisungen in eine Vorsorgevollmacht einfließen lassen.

Anmerkungen:

- Wenn Sie ausreichend Vertrauen zu Ihrer angegebenen Vollmachtsperson haben, brauchen Sie nicht unbedingt die o.g. Einzelheiten auszuführen, bitte entscheiden Sie selber.
- Es ist ratsam, bevor Sie eine Vorsorgevollmacht unterschreiben, mit den Angehörigen zu reden und auch deren Meinung anzuhören (Bewahrung des Familienfriedens).
- Eine Vorsorgevollmacht sollte auch in "jungen" Jahren gestellt werden (denken Sie bitte an Unfälle/ Erkrankungen, die leider auch Sie treffen können).
- Eine notarielle Beglaubigung kostet Geld, sollte aber, wenn möglich, bevorzugt werden.