|  |
| --- |
| GENERAL-VOLLMACHT    Vorlage zum Ausfüllen und Ausdrucken |
|  |
| Dieses Dokument soll Sie bei der Erstellung Ihres Vorsorgeplans unterstützen, es kann keine medizinische oder rechtskundige Beratung durch einen Arzt oder ggf. einen Anwalt ersetzen.  Der Ausdruck sollte mit den Standardeinstellungen Ihres Druckers erfolgen. Manuelle Anpassungen führen möglicherweise zu einem unvollständigen Druckergebnis.  © 2022. Alle Rechte liegen bei Markt+Technik Verlag GmbH.  Nachdruck, Verbreitung oder Vervielfältigung nicht ohne Genehmigung des Verlags. |



|  |
| --- |
| WICHTIGE HINWEISE FÜR DIE BENUTZUNG – BITTE SORGFÄLTIG LESEN!Sie haben zwei Möglichkeiten, wie Sie dieses Formular bearbeiten können. Da es sich um eine komplett editierbare Datei handelt, können Sie entweder nur die grau markierten Felder mit Ihren Angaben füllen oder den gesamten Text verändern und so an Ihre individuellen Vorgaben anpassen. Die grauen Felder enthalten ggf. Hinweise oder Beispiele, was hier eingesetzt werden sollte, ansonsten sind sie leer. 1. Ausfüllen der grau markierten Felder *(empfohlen für die meisten Benutzer)*  Im Vorfeld müssen Sie sicherstellen, dass der Schreibschutz des Dokuments aktiv ist. Schalten Sie ihn ggf. so ein:   * *MS-Word bis Version 2007:* Öffnen Sie im Hauptmenü unter *Extras* den Unterpunkt *Dokumentschutz schützen*.   *(Die Menübezeichnungen können je nach Word-Version leicht variieren.)*   * *MS-Word ab 2010:* Öffnen Sie *Datei -> Informationen -> Dokument schützen -> Bearbeitung einschränken -> Bearbeitungseinschränkungen -> Schutz anwenden.* * *OpenOffice:* Öffnen Sie den Menüpunkt *Einfügen -> Bereich -> Schreibschutz* und sperren Sie den Zugriff, indem Sie das Häkchen per Mausklick setzen.   Jetzt wird die Eingabe nur in den aktiven grauen Feldern zugelassen. Zwischen diesen können Sie mit dem Mauszeiger oder schneller mit der Tab-Taste (links neben dem Buchstaben Q) wechseln. So bleiben alle Formulierungen innerhalb des Dokuments geschützt und werden nur um Ihre persönlichen Angaben ergänzt.  2. Anpassung des gesamten Formularinhalts *(möglichst nicht ohne vorherige rechtliche Beratung)*  Zum freien Editieren des vollständigen Dokumenttextes hingegen müssen Sie den Dokumentschutz aufheben. Wählen Sie hierfür im Word-Hauptmenü unter *Extras* den Untermenüpunkt *Dokumentschutz aufheben*. Hierfür wird kein Passwort verlangt. Das funktioniert wie folgt:   * *MS-Word bis Version 2007:* Öffnen Sie imHauptmenü unter *Extras* den Unterpunkt *Dokumentschutz aufheben*. * *MS-Word ab 2010:* Öffnen Sie *Datei -> Informationen -> Dokument schützen -> Bearbeitung einschränken -> Bearbeitungseinschränkungen -> Schutz aufheben.* * *OpenOffice:* Öffnen Sie den Menüpunkt *Einfügen -> Bereich -> Schreibschutz* und entfernen Sie das gesetzte Häkchen vor *Schützen*.   Wenn Sie die PDF-Version dieser Datei am PC ausfüllen möchten, wählen Sie in Ihrem PDF-Reader das Werkzeug „Ausfüllen“ oder „Unterschreiben“. Die entsprechenden Felder können dann mit Ihrem eigenen Inhalt gefüllt und die Datei anschließend auch als neue PDF-Datei gespeichert werden.  BITTE UNBEDINGT BEACHTEN:  Eine unterschriebene Generalvollmacht überträgt im Falle Ihrer Handlungsunfähigkeit Ihre komplette Geschäftsfähigkeit und die Möglichkeit, vollumfänglich in Ihrem Namen zu handeln, auf die benannte Person bzw. Personen. Füllen Sie dieses Formular nur aus, wenn Sie sich dessen absolut bewusst sind, und lassen Sie sich im Vorfeld möglichst umfassend juristisch beraten. |
| RECHTLICHER HINWEIS  Der Inhalt dieser Mustervorlage wurde von Experten verfasst und gesammelt. Sie umfasst jedoch nicht die für jeden Einzelfall vorzunehmenden möglichen Anpassungen und muss daher mit großer, fachkundiger Sorgfalt an die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. Diese Anpassungen sollten nur mit fachkundiger Hilfe, etwa durch einen Notar oder einen Anwalt, vorgenommen werden. Sämtliche Formulierungen dieser Vorlage sind in diesem Zusammenhang als eine Hilfestellung anzusehen und besitzen keinerlei rechtsverbindliche Gültigkeit. Wenn Sie diese Vorlage als Basis für die Erstellung einer Generalvollmacht verwenden, übernimmt der Verlag keinerlei Haftung, auch die Haftung für leichte Fahrlässigkeit wird grundsätzlich ausgeschlossen. Wir empfehlen ausdrücklich die zusätzliche Konsultation eines medizinischen und rechtsverbindlichen Beistands Ihres Vertrauens in allen gesundheitlichen und juristischen Belangen. |

### Generalvollmacht

Bevollmächtigte Personen

Ich,

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

VORNAME(N) UND NACHNAME

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

STRASSE UND HAUSNUMMER

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

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

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

GEBURTSDATUM

erteile folgende Generalvollmacht

1. Person

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

VORNAME(N) UND NACHNAME

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

STRASSE UND HAUSNUMMER

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

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

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

GEBURTSDATUM

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

TELEFON/E-MAIL

2. Person

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

VORNAME(N) UND NACHNAME

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

STRASSE UND HAUSNUMMER

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

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

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

GEBURTSDATUM

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

TELEFON/E-MAIL

je einzeln/gemeinsam *(Zutreffendes unterstreichen)* mich in allen meinen Angelegenheiten gerichtlich und außergerichtlich gegenüber privaten und öffentlichen Einrichtungen, Gerichten und Behörden in jeder Beziehung zu vertreten.

Bevollmächtigungen

Insbesondere umfasst die Vollmacht alle meine Vermögens-, Rechts-, Renten-, Versorgungs- und Steuerangelegenheiten ohne jede Ausnahme, vor allem die Verwaltung meines Vermögens sowie Verfügungen hierüber, einschließlich Erwerb, Belastung und Veräußerung von Vermögenswerten/Vermögensgegenständen.

Die Vollmacht umfasst auch alle meine Bankangelegenheiten, also die Verfügungsberechtigung über sämtliche Konten, Wertpapiere, Depots etc. und den Zugang zu etwaigen Schließfächern. Der Bevollmächtigte erhält ausdrücklich Prozess-, Inkasso- und Postvollmacht.

Dem Bevollmächtigten ist gestattet, in meinem Namen mit sich selbst oder als Vertreter eines Dritten Rechtsgeschäfte vorzunehmen und für einzelne Vermögensangelegenheiten Untervollmachten zu erteilen und diese zu widerrufen.

Nachdem ich mich über die Bedeutung und rechtliche Tragweite einer Vollmachterteilung auch für persönliche Angelegenheiten unterrichtet habe, erkläre ich Folgendes:

Es ist mein ausdrücklicher Wille, dass – zur Vermeidung/Einschränkung einer staatlichen/richterlichen Tätigkeit/Kontrolle – dem Bevollmächtigten als Person meines Vertrauens im weitestmöglichen Umfang auch die Entscheidungsbefugnis in meinen persönlichen Angelegenheiten zusteht, wenn ich aufgrund von Krankheit/Behinderung einer notwendigen Fremdbestimmung bedarf, also selbst nicht mehr in der Lage bin, meinen eigenen Willen sachgerecht zu äußern oder selbst für mich Entscheidungen zu treffen.

Deshalb bestimme ich:

1. Die Vollmacht berechtigt auch zur Abgabe von Entscheidungen in meinem Namen, die meine Gesundheitsfürsorge und meinen Aufenthalt, Wohnsitz und Wohnung und damit zusammenhängende Rechtsgeschäfte oder Willenserklärungen betreffen. Der Bevollmächtigte kann insbesondere Verträge und sonstige Vereinbarungen mit Kliniken, Alten- oder Pflegeheimen oder ambulanten Pflegediensten für mich abschließen und einseitige Erklärungen abgeben oder entgegennehmen und von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden.
2. Dem Bevollmächtigten steht auch die Befugnis zur Einwilligung in freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Sinne von § 1906 Absatz 1 bis 4 BGB zu (Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen durch Anbringen mechanischer Einrichtungen, beruhigende Medikamente oder auf andere Weise).
3. Der Bevollmächtigte hat ferner im Sinne von § 1904 Absatz 1 BGB die Befugnis zur Einwilligung in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, auch wenn die Gefahr besteht, dass der Vollmachtgeber aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Unterschriften

Diese in allen oder einzelnen Bereichen jederzeit widerrufliche Vollmacht und das ihr zugrunde liegende Auftragsverhältnis erlischt nicht durch meinen Tod oder Verlust meiner Geschäftsfähigkeit oder Selbstbestimmungsfähigkeit.

Folgende Zeugen haben sich davon überzeugt, dass ich diese Generalvollmacht im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst habe:

1. Person

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

VORNAME(N) UND NACHNAME

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

STRASSE UND HAUSNUMMER

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

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

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

GEBURTSDATUM

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

TELEFON/E-MAIL

2. Person

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

VORNAME(N) UND NACHNAME

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

STRASSE UND HAUSNUMMER

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

POSTLEITZAHL UND WOHNORT

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

GEBURTSDATUM

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

TELEFON/E-MAIL

Ich unterschreibe dieses Dokument aus freien Stücken ohne irgendeine Art von Einflussnahme und bin mir über die Tragweite der erteilten Vollmachten im Klaren.

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

ORT, DATUM

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

UNTERSCHRIFT DER VERFASSERIN/DES VERFASSERS