**Fragebogen zur General- und**

**Vorsorgevollmacht**

**A. Allgemeiner Teil**

**I. Beteiligte**

1. Persönliche Angaben

1.1. **Vollmachtgeber**[[1]](#footnote-1)

Name und Vorname:

Ggf. Geburtsname:

Geburtstag und –ort:

Adresse:

1.2. **Erster Bevollmächtigter**

Name und Vorname:

Ggf. Geburtsname:

Geburtstag und –ort:

Adresse:

1.3. **Zweiter Bevollmächtigter**

Name und Vorname:

Ggf. Geburtsname:

Geburtstag und –ort:

Adresse:

Für den Fall, dass weitere Bevollmächtigte genannt werden sollen, ergänzen Sie diese bitte auf einem gesonderten Blatt.

**II. Verhältnis und Rangfolge der Bevollmächtigten**

**O** Die Bevollmächtigten sollen in einem Stufenverhältnis stehen, d.h. der erste Bevollmächtigte ist der sog. „Hauptbevollmächtigte“, die weiteren Bevollmächtigten sind „Ersatzbevollmächtigte“. Im Falle der Verhinderung des jeweils vor ihnen genannten Bevollmächtigten werden sie zum Hauptbevollmächtigten. Der danach Berufene entscheidet allein.

oder

**O** Die Bevollmächtigten dürfen mich nur gemeinsam vertreten.

oder

**O** Ich habe mehr als zwei Bevollmächtigte genannt. Die Vertretungsweise beschreibe ich auf einem gesonderten Blatt.

**B. Fragen zur Generalvollmacht**

## I. Geltungsdauer der Vollmacht

1. Die Vollmacht soll im Falle meiner Geschäftsunfähigkeit fortgelten.

**O** ja / **O** nein

2. Die Vollmacht soll im Falle meines Ablebens fortgelten, der Bevollmächtigte soll den Nachlass abwickeln und über Bankkonten und Depots verfügen dürfen, wobei meine letztwilligen Verfügungen gegebenenfalls zu berücksichtigten sind.

**O** ja / **O** nein

## II. Beschränkung im Innenverhältnis

(dies betrifft das Verhältnis zwischen dem Vollmachtgeber und den Bevollmächtigten, in Bezug zu Dritten gilt die Bevollmächtigung unbeschränkt)

1. Jeder Bevollmächtigte soll von seiner Vollmacht Gebrauch machen dürfen,

##### **O** wenn ich ihn im Einzelfall zum Handeln beauftrage

##### oder/und

##### **O** wenn ich geschäftsunfähig geworden oder aus sonstigen Gründen nicht mehr in der Lage bin, eigenverantwortlich meinen Willen zu bilden bzw. zu äußern oder die Voraussetzungen für die Anordnung einer rechtlichen Betreuung eingetreten sind.

2. Der Ersatzbevollmächtigte soll von seiner Vollmacht nur Gebrauch machen,

**O** wenn dies mit mir oder im Falle meiner Verhinderung mit dem Hauptbevollmächtigten vorher konkret abgesprochen ist

und/oder

**O** wenn der Hauptbevollmächtigte ‑ gleichgültig aus welchem Grund ‑ nicht nur vorübergehend an meiner Vertretung gehindert ist.

## III. Umfang

Die Vollmacht soll auch für beurkundungspflichtige Geschäfte (beispielsweise Übertragung von Immobilien oder Gesellschaftsanteilen usw.) gelten.

**O** ja / **O** nein

(Soweit diese Frage mit „ja“ beantwortet wurde, ist eine notarielle Beurkundung der Generalvollmacht notwendig!)

## IV. Unterbevollmächtigung

Jeder Bevollmächtigte darf von der Vollmacht nur persönlich Gebrauch machen.

**O** Eine Übertragung auf Dritte ist ausgeschlossen.

oder

**O** Eine Untervollmacht darf für einzelne, vom Bevollmächtigten zu bezeichnende Rechtsgeschäfte oder Rechtsgeschäftsbereiche in vermögensrechtlichen Angelegenheiten erteilt werden.

oder/und

**O** Eine Untervollmacht darf auch in persönlichen Angelegenheiten (z.B. Medizinische Angelegenheiten, Sterbehilfe, Unterbringung, u.s.w.) erteilt werden.

**C. Fragen zur Vorsorgevollmacht**

**I. Regelungsinhalt**

Welche Inhalte sollen mit der Vorsorgevollmacht geregelt werden?

**O** Gesundheitsvorsorge

und/oder

**O** Aufenthaltsbestimmung

und /oder

**O** Vermögenssorge

## II. Medizinische Maßnahmen

(für den Fall, dass die Gesundheitsvorsorge geregelt werden soll, s.o. C.I.)

1. Ärztliche und medizinische Maßnahmen

Die Vollmacht soll die Einwilligung in medizinische Maßnahmen wie ärztliche Eingriffe, Untersuchungen des Gesundheitszustandes und Heilbehandlungen beinhalten.

Die Vollmacht soll

**O** solche Maßnahmen und Eingriffe, bei denen es sich um den anerkannten Behandlungsstandard handelt und bei denen die Wahrscheinlichkeit, einen körperlichen Schaden zu erleiden, als gering anzusehen ist,

und/oder

**O** Eingriffe bei denen neue, staatlich noch nicht zugelassene Medikamente und Behandlungsmethoden angewendet werden,

und/oder

**O** Eingriffe, bei denen die begründete Gefahr des Versterbens besteht oder ein schwerer und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erlitten werden kann

umfassen.

1. Maßnahmen der passiven Sterbehilfe im weitesten Sinne

Für den Fall eines schweren unheilbaren Grundleidens, soll die Vollmacht Entscheidungen über die Änderung des Behandlungsziels von Maßnahmen

**O** zur Lebensverlängerung,

und /oder

**O** zur Lebenserhaltung und Leidenslinderung,

und/oder

**O** zum Behandlungsabbruch,

umfassen für den Fall, dass

**O** entweder der unmittelbare Sterbevorgang bereits eingesetzt hat,

oder

**O** unabhängig davon, ob der unmittelbare Sterbevorgang bereits eingesetzt hat.

3. Datenschutz

Die Vollmacht soll es dem Bevollmächtigten erlauben, meine Rechte gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. wahrnehmen. Die Betroffenen werden dazu umfassend von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden.

**O** ja/ **O** nein

## III. Unterbringung

(für den Fall, dass die Aufenthaltsbestimmung geregelt werden soll, s.o. C.I.)

**O** Die Vollmacht soll die Befugnis zur Einwilligung in Unterbringungsmaßnahmen im Sinne des § 1906 BGB (Genehmigung des Betreuungsgerichts bei Unterbringung), insbesondere somit die Befugnis zu einer Unterbringung, die mit Freiheitsentziehung oder mit Freiheitsbeeinträchtigung verbunden ist, umfassen.

oder

**O** Die Vollmacht soll die Befugnis zur Einwilligung in Unterbringungsmaßnahmen im Sinne des § 1906 BGB nicht umfassen. Entscheidungen diesbezüglich soll das Betreuungsgericht treffen.

## IV. Vermögenssorge

(für den Fall, dass die Vermögenssorge geregelt werden soll, s.o. C.I.)

Die Vollmacht soll die Befugnis umfassen,

**O** mein Vermögen zu verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vorzunehmen, Erklärungen aller Art abzugeben und entgegenzunehmen sowie Anträge stellen, abändern und zurückzunehmen,

**O** über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen,

**O** Zahlungen und Wertgegenstände anzunehmen,

**O** Verbindlichkeiten einzugehen,

**O** Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abzugeben und mich gegenüber den Banken zu vertreten,

**O** Schenkungen in dem Rahmen vorzunehmen, der einem Beteuer rechtlich gestattet ist,

**O** folgende Geschäfte soll die Vollmacht nicht umfassen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Bitte beachten Sie:

- dass die Banken oftmals auf einer separaten Vollmachtsteilung (Vordruck der Bank!) bestehen,

- dass für beurkundungspflichtige Geschäfte (z.B. Übertragung von Grundstücken oder Gesellschaftanteilen) die Vorsorgevollmacht notariell zu beurkunden ist.

**V. Betreuungsverfügung - Vorschlag des Betreuers**

Für den Fall, dass eine gesetzliche Betreuung für mich notwendig sein sollte, schlage ich als Betreuer

**O** den o.g. ersten Bevollmächtigten vor,

oder

**O** eine andere Person vor, und zwar

Name und Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag und –ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Des weiteren schlage ich

**O** die o.g. weiteren Bevollmächtigten als Betreuer vor, soweit die vorherig genannte Person nicht (mehr) zum Betreuer bestellt wird, dies soll in der genannten Reihenfolge erfolgen.

oder

**O** folgende weitere Personen als Betreuer vor:

1.

Name und Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag und –ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.

Name und Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag und –ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O** Die Rangfolge soll der Rangfolge der Nennung entsprechen.

oder

**O** schlage ich folgende Reihenfolge für die Ersatzbetreuer vor:

1.Ersatzbetreuer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Ersatzbetreuer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**O** Ich habe mehr als zwei Vorschläge zur Person des Betreuers. Diese nenne ich auf einem gesonderten Blatt, wobei die Reihenfolge der Aufzählung zu beachten ist.

**O** Folgende Personen sollen nicht zu meinem Betreuer bestellt werden:

1.

Name und Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag und –ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.

Name und Vorname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ggf. Geburtsname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag und –ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. Fragen zur Patientenverfügung**

Die Patientenverfügung soll für den Fall gelten, dass es mir aufgrund von Alter, Krankheit, Unfall oder aufgrund sonstiger Umstände nicht mehr möglich ist, meinen Willen zu bilden oder verständlich zu äußern.

In der oben beschriebenen Situation wird die Durchführung der nachfolgend beschriebenen Maßnahmen gewünscht:

**O** die Gabe von flüssiger Nahrung,

###### **O** eine wirksame medikamentöse Behandlung quälender Zustände (wie Schmerzen, Atemnot, Angst, Unruhe, Übelkeit, Erbrechen, etc.),

###### **O** operative Eingriffe,

auch wenn

**O** o.g. Behandlung zu einer Bewusstseinsausschaltung oder -trübung führen kann.

und/oder

**O** o.g. Behandlung lebensverkürzend wirken (sog. indirekte Sterbehilfe).

oder

**O** nur Behandlungen, mit denen es zu keiner Bewußtseinsveränderung kommt und die nicht lebensverkürzend wirken.

Für den Fall, dass der unabwendbare Sterbevorgang beginnt und jede künstliche Lebensverlängerung oder -erhaltung nur eine Verlängerung des Sterbens oder Leidens ohne jede Aussicht auf (wesentliche) Besserung wäre, bin ich mit der Einleitung oder Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen der Intensivmedizin nicht einverstanden:

###### **O** Reanimation,

###### **O** Transplantation,

###### **O** schwere Operation,

###### **O** künstliche Beatmung,

###### **O** künstliche Ernährung (z.B. Magensonde oder Magenfistel),

###### **O** Dialyse,

###### **O** Gabe von Blut oder Blutbestandteilen,

###### **O** sonstiges und zwar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Mehrfachnennung möglich)

und/oder

###### **O** es sei denn, diese Maßnahmen dienen lediglich der Schmerzlinderung oder –erleichterung sowie bewusst wahrgenommener Atemnot oder Erstickungsangst.

###### **O** Ich wünsche in einer derartigen Situation Maßnahmen zur Lebensverlängerung und –erhaltung (unter Berücksichtigung der o.g. ausgeschlossenen Maßnahmen).

oder

###### **O** Ich wünsche in einer derartigen Situation die Änderung des Behandlungsziels von Maßnahmen der Lebensverlängerung

###### **O** hin zu Maßnahmen der Lebenserhaltung,

und/oder

###### **O** schrittweise hin zu pflegerischen Maßnahmen.

###### oder

**O** ausschließlich pflegerische Maßnahmen.

oder

**O** einen Behandlungsabbruch.

**Persönliche Anmerkungen**

Folgendes soll in die Vollmacht mit aufgenommen werden:

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

1. Alle Bezeichnungen betreffen Damen und Herren gleichermaßen [↑](#footnote-ref-1)