

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**FRANK MADER**  
**Facharzt für Innere Medizin**  
**Hausärztliche Versorgung u. Geriatrie**  
**Manualtherapie u. Chirotherapie**  
**Verkehrsmedizin**  
**Psychosomatische Grundversorgung**  
**Schmerzmedizinische Grundversorgung**  
**Palliativmedizinische hausärztliche Versorgung**



**Coesfelder Str. 58 48653 Coesfeld**  
**Telefon: 02546/346**  
e-mail: arztpraxis-mader@t-online.de  
www.info@arztpraxis-mader.de

## Vorsorgevollmacht

Ich  
(Name des Vollmachtgebers)

Familienname:.....

Vorname: .....

Geburtsdatum:.....

Adresse: .....

bevollmächtigte hiermit  
(Name des Bevollmächtigten)

Familienname: .....

Vorname:.....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

mich in allen nachfolgend angekreuzten oder angegebenen Angelegenheiten zu vertreten.

Meine Wünsche habe ich ausführlich mit dem Bevollmächtigten besprochen.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der Bevollmächtigte die Vollmachtsurkunde bei Vornahme eines Rechtsgeschäftes im Original vornehmen kann.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Der Bevollmächtigte hat Entscheidungsbefugnis über nachfolgende Maßnahmen:

**Gesundheitssorge / Pflegebedürftigkeit**

Soweit ich eine Patientenverfügung erstellt habe, genießt diese Vorrang und ist hier zu beachten.

	JA	NEIN
<ul style="list-style-type: none"><li>• Einwilligung in Untersuchungen und Behandlungen, auch wenn für mich dadurch Lebensgefahr oder schwere bzw. lang anhaltende gesundheitliche Schäden entstehen können.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entscheidungen über das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entscheidung über Maßnahmen der ambulanten oder (teil-)stationären Pflege.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entscheidung über meine Unterbringung, auch mit freiheitsentziehender Wirkung, und über freiheitsentziehender Maßnahmen in einem Krankenhaus, einem Pflegeheim oder einer sonstigen Einrichtung, solange Dies zu meinem Wohle erforderlich ist.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Durchsetzung meines in einer Patientenverfügung festgelegten Willens.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entbindung von der Schweigepflicht: Diese Vollmacht berechtigt und verpflichtet alle meine behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal, den Bevollmächtigten über meine Erkrankung, meinen Zustand und die Prognose aufzuklären, um die Entscheidung über eine Behandlung, einen Eingriff oder einen Behandlungsabbruch zu ermöglichen. Ich entbinde insoweit die zuständigen Ärzte und nichtärztliches Personal von der Schweigepflicht.</li></ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"><li>• .....</li></ul>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• .....</li></ul>		

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## Vermögenssorge

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Entscheidung über alle laufenden finanziellen Angelegenheiten, z.B. Begleichung von Rechnungen oder Geltendmachung von Forderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Inempfangnahme von Vermögenswerten, z.B. Geld, Sachwerte, Wertpapiere und Schriftstücke  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Verfügung über meine Bankkonten, Depots und Safes sowie über meine sonstigen Vermögensgegenstände                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Eingehen von Verbindlichkeiten, u. a. Abschluss von Darlehns- und Kreditverträgen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vornahme von Vermögenserwerbungen und -veräußerungen bzw. -belastungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • .....  |                          |                          |
| • .....  |                          |                          |

(Achtung: Kreditinstitute verlangen meist eine Vollmacht auf bankeigenen Vordrucken)

## Wohnungs- und Mietangelegenheiten

- |   | JA                       | NEIN                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Wahrnehmung aller Rechte und Pflichten aus Meinem Mietvertrag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Auflösung meines Haushaltes und Verfügung über das Inventar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Abschluss und Kündigung neuer Mietverträge                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • .....   |                          |                          |
| • .....   |                          |                          |

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### Aufenthaltsbestimmung

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Unterbringung in und Entlassung aus einem Pflegeheim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Abschluss und Kündigung eines Heimvertrages          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • .....  |                          |                          |
| • .....  |                          |                          |

### Post- und Fernmeldeverkehr

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Abholung (oder Entgegennahme), Öffnung und Umleitung meines Postverkehrs   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entscheidungen über meinen Fernmeldeverkehr (z.B. Telefon, Fax) und alle damit zusammenhängenden Willenserklärungen (z.B. Kündigungen, Vertragsabschlüsse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Entscheidungen über Internet-, E-Mail-, und Pay-TV Verträge  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • .....  |                          |                          |

### Behörden- und Ämtervertretung

- |  | JA                       | NEIN                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Vertretung meiner Person bei Behörden und Leistungsträgern, wie z.B. Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt, Versicherungen, Beihilfestellen, Rententräger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • .....  |                          |                          |

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### Sonstige Vertragsangelegenheiten

JA

NEIN

- Verwaltung (einschl. Abschluss, Kündigung) aller sonstigen Verträge

- .....

### Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten

JA

NEIN

- Beauftragung von Rechtsanwälten zur außergerichtlichen oder gerichtlichen Klärung von Rechtsstreitigkeiten

- Durchführung von Prozesshandlungen

- .....

### Untervollmacht

JA

NEIN

- Erteilung von Untervollmachten an andere Personen

### Postmortale Vorsorgevollmacht

JA

NEIN

- Ich wünsche, dass meine Vorsorgevollmacht über meinen Tod hinaus gilt.

Diese Vollmacht habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Vollmachtgebers

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## **Betreuung trotz Vorsorgevollmacht**

Sollte trotz dieser Vorsorgevollmacht die Bestellung einer Betreuung notwendig werden, möchte ich, dass diese von folgender Person übernommen wird:

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Telefon:.....

### **ersatzweise**

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

Telefon:.....

**In keinem Fall wünsche ich, dass folgende Person zu meiner Betreuung bestellt wird:**

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Vollmachtgebers

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

die Vorsorgevollmacht vom ..... (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin