



Vorsorge – Vollmacht

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Ich bevollmächtige widerruflich:

Name: _____ Vorname _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Im Falle einer körperlichen und / oder geistigen Erkrankung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen und mich zu vertreten.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Die Vollmacht erstreckt sich auf folgende Bereiche:

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 1. | Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes, | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Regelung aller Wohnungsangelegenheiten | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Entscheidung im Bereich der Gesundheitsfürsorge | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Entscheidung bei notwendigen Schutzmaßnahmen | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Vertretung gegenüber Behörden, Rententrägern, Krankenkasse, Sozialamt, etc. | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Finanzielle Angelegenheiten | <input type="checkbox"/> |

Ich habe den Wortlaut und den Inhalt der Vollmacht verstanden.

Ich erteile diese Vollmacht in völliger Freiheit und Absprache mit dem/den von mir Bevollmächtigten.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Vollmachtgebers _____ Unterschrift der Bevollmächtigten _____

Unterschrift des Zeugen _____ Unterschrift der Bevollmächtigten _____

Unterschrift der Bevollmächtigten _____



1 . Angehörige:

Name/ Vorname: _____

Straße/Ort: _____

email _____

verwandt _____ Telefon: _____

Handy: _____

2 . Angehörige:

Name/ Vorname: _____

Straße/Ort _____

email _____

verwandt: _____ Telefon: _____

Handy: _____

3. Angehörige:

Name/ Vorname: _____

Straße/Ort _____

email _____

verwandt: _____ Telefon _____

Handy: _____



Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie in Ihrem eigenen Interesse Kontakt mit unserer Verwaltung