

**Musterformular Vollmacht**

*Hinweis: Das nachfolgende Formular ist als Hilfestellung für die Erstellung einer Vollmacht gedacht. Vor dem Ausfüllen wird dringend empfohlen, die zugehörigen Ausführungen im Ratgeber der Verbraucherzentralen „Patientenverfügung“, 23. Auflage 2025 zu beachten.*

*Die Vollmacht soll nach außen gegenüber Dritten sofort gültig sein. Um Bedingungen zum Einsatz der Vollmacht und Details zur Umsetzung zu regeln, sollte zusätzlich eine gesonderte Vereinbarung zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem geschlossen werden.*

**Vollmacht**

Ich, \_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname),  
 geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Anschrift, Telefon)

erteile eine Vollmacht an  
 Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
 (Vor- und Zuname), nachfolgend Bevollmächtigte/r genannt  
 geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Anschrift, Telefon)

Der/Die Bevollmächtigte wird bevollmächtigt, mich in allen nachfolgend angekreuzten  
 Angelegenheiten zu vertreten.

Die Vollmacht ist nur wirksam, wenn der/die Bevollmächtigte das Original dieser Vollmachts-  
 urkunde besitzt und sie auf Verlangen vorlegen kann.

Die eventuelle Unwirksamkeit einzelner Verfügungen in dieser Vollmacht soll die Wirksamkeit der  
 anderen Verfügungen nicht berühren.

**1. Verträge, Finanzen**

Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen persönlichen Angelegenheiten sowie in  
 Vermögens-, Steuer-, Renten-, Sozial-, Erb- und sonstigen Rechtsangelegenheiten, soweit dies  
 gesetzlich zulässig ist, außergerichtlich und gerichtlich zu vertreten.



- Die Vertretung in vermögensrechtlichen Angelegenheiten umfasst unter anderem die Vertretung gegenüber Ämtern, Behörden, Versicherungen und meiner Krankenkasse sowie die Erledigung der Bankgeschäfte. *Hinweis: eventuell gesonderte Bankvollmacht notwendig*
- Mitarbeiter von Ämtern, Behörden, Banken, Versicherungen und meiner Krankenkasse sind meiner/m Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht befreit.
- Der/Die Bevollmächtigte ist ermächtigt, Verträge aller Art in meinem Namen abzuschließen oder aufzulösen.
- Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, Geschäfte mit sich selbst zu tätigen (§ 181 BGB).
- Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, meine Grundstücke und Immobilien zu verwalten und zu verkaufen. *Hinweis: notarielle Beurkundung erforderlich!*
- Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, meine Post, auch Einschreiben, Zahlungsanweisungen mit einem Betrag von mehr als 250 Euro und Sendungen mit dem Zusatz „eigenhändig“, entgegenzunehmen und zu öffnen. *Hinweis: gesonderte Postvollmacht ausstellen*
- Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, meine digitalen Angelegenheiten zu regeln. Dies umfasst insbesondere den Zugriff auf alle Passwörter, Verträge, E-Mails, andere Konten und Daten sowie die Geltendmachung von entsprechenden Auskünften gegenüber den Anbietern. Diesbezüglich befreie ich die Provider vom Telekommunikationsgeheimnis und sonstigen Geheimhaltungspflichten.
- Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, für mich als Kläger oder Beklagter Prozesse zu führen.

---

---

---

---

---

---

---

---

Die folgenden Geschäfte soll mein/e Bevollmächtigte/r nicht wahrnehmen dürfen:

---

---

---

---

---

---

---

---



## 2. Gesundheitsangelegenheiten

- Der/Die Bevollmächtigte darf in allen Angelegenheiten der medizinischen Versorgung und Behandlung entscheiden. Gegenüber meinen behandelnden Ärzten soll mein Bevollmächtigter mich in allen notwendigen Entscheidungen vertreten, soweit dies gesetzlich möglich ist.
- Der/Die Bevollmächtigte darf über alle erforderlichen ärztlichen Untersuchungen, Heilbehandlungen und Eingriffe bei mir entscheiden, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren oder länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 BGB).
- Der/Die Bevollmächtigte darf über das Unterlassen oder Beenden lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen entscheiden.

*Hinweis: Die beiden vorgenannten Formulierungen müssen Sie – unabhängig von der Formulierung in der Patientenverfügung – in die Vollmacht aufnehmen, wenn Sie erreichen wollen, dass der Bevollmächtigte ohne Bestellung eines Betreuers entscheiden darf!*

- Ich entbinde meine behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinem/r Bevollmächtigten.
- Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, meine behandelnden Ärzte gegenüber anderen Dritten von der Schweigepflicht zu entbinden.

---



---



---



---



---



---

## 3. Wohnung, Aufenthalt und freiheitsentziehende Maßnahmen

- Der/Die Bevollmächtigte darf meinen Aufenthaltsort bestimmen, inklusive eines Umzugs in ein Heim.
- Der/Die Bevollmächtigte darf meine Mietverträge abschließen und kündigen.



- Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, meinen Haushalt aufzulösen und über das Inventar zu verfügen.
- Der/Die Bevollmächtigte darf in eine für mich aus ärztlicher Sicht zwingend erforderliche und mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung in einem Heim oder einer anderen Einrichtung (§ 1906 Absatz 1 BGB) einwilligen.
- Der/Die Bevollmächtigte darf in unterbringungsähnliche Maßnahmen für mich, wie zum Beispiel das Anbringen von Bauchgurten, Bettgittern und anderen mechanischen Vorrichtungen, sowie eine Freiheitsbeschränkung durch Medikamente (§ 1906 Absatz 4 BGB) einwilligen.
- Der/Die Bevollmächtigte darf in eine ärztliche Zwangsmaßnahme bei mir einwilligen, wenn ein erheblicher gesundheitlicher Schaden droht und dieser durch keine andere zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann. (§1906 Absatz 3 BGB)

*Hinweis: Die drei vorgenannte Formulierungen müssen Sie in die Vollmacht aufnehmen, wenn Sie erreichen wollen, dass der Bevollmächtigte ohne Bestellung eines Betreuers entscheiden darf!*

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

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

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

#### 4. Weitere Bereiche

- Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, in meinem Namen Erbschaften auszuschlagen.  
*Hinweis: Beglaubigung der Unterschrift durch Betreuungsbehörde oder Notar notwendig!*
- Der/Die Bevollmächtigte soll die Ausgestaltung meiner Beerdigungszeremonie und die Einzelheiten meiner Bestattung übernehmen.
- Diese Vollmacht bleibt auch nach meinem Tod so lange in Kraft, bis meine Erben sich als anspruchsberechtigt ausweisen können.

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



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Stellvertretung**

Der/Die Bevollmächtigte hat das Recht, Untervollmachten an Dritte zu erteilen.

**6. Betreuung, Kontrollbetreuung**

Diese Vollmacht soll eine Betreuung gemäß Betreuungsgesetz überflüssig machen. Sollte dennoch von einem Gericht die Einrichtung einer Betreuung für notwendig erachtet werden, so soll der/die hier bestimmte Bevollmächtigte zum Betreuer bestellt werden.

Sollte der/die Bevollmächtigte nicht für die Aufgaben als Betreuer geeignet sein, bitte ich das Gericht, aus den nachfolgend genannten Personen in absteigender Reihenfolge einen Betreuer auszuwählen:

1. Herr/Frau \_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname),  
 geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Anschrift, Telefon)

2. Herr/Frau \_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname),  
 geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Anschrift, Telefon)

3. Herr/Frau \_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname),  
 geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Anschrift, Telefon)

4. Herr/Frau \_\_\_\_\_ (Vor- und Zuname),  
 geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 wohnhaft in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Anschrift, Telefon)





**Bestätigung**

Ich, \_\_\_\_\_ (Name des Bevollmächtigten),  
kenne den Inhalt dieser Vollmacht und bin bereit, die Bevollmächtigung anzunehmen.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten

Ich, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Vor- und Zuname, Anschrift, Telefon des Zeugen, z. B. Arzt Ihres Vertrauens, Notar)

bestätige, dass Herr/Frau

\_\_\_\_\_

(Name des Verfügenden)

diese Verfügung heute in meiner Gegenwart eigenhändig unterschrieben hat und ich keinen Zweifel daran habe, dass er/sie selbstbestimmt mit eigenem Willen die bezeichneten Entscheidungen getroffen hat.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

*Hinweis: Die Wirksamkeit hängt nicht von einer solchen Bestätigung eines Zeugen ab. Diese wird aber spätestens dann wichtig, wenn bezweifelt wird, dass Sie beim Verfassen Ihrer Vollmacht geschäftsfähig waren.*

**Ergänzende Unterlagen**

Vereinbarung mit dem/der Bevollmächtigten im Innenverhältnis

Bankvollmachten zu den folgenden Konten auf Formularen der Banken:

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

Gesonderte Postvollmacht

Patientenverfügung

Handschriftliche Sorgerechtsverfügung für minderjährige Kinder

Liste: Wer hat Originale und Kopien welcher Vollmachten und Verfügungen?