

VORSORGEVOLLMACHT

Vorname, Name

Anschrift

nachfolgend **Vollmachtgeber** genannt

bevollmächtigt hiermit

Vorname, Name, Anschrift

und

Vorname, Name, Anschrift

nachfolgend **Bevollmächtigte** genannt

für den Fall des Verlustes des Geschäftsfähigkeit:

§ 1 Vollmachtsumfang

Die Vorsorgevollmacht erstreckt sich auf alle Arten von rechtsgeschäftlichen Handlungen in meinem Namen einschließlich gerichtlicher Klagen. Ausgenommen sind hiervon lediglich

§ 2 Wirksamwerden der Vollmacht

Die Vollmacht wird erst wirksam, wenn mein Hausarzt _____
meine Geschäftsunfähigkeit durch Attest feststellt.

§ 3 Vertretung gegenüber dem anderen Bevollmächtigten

Jeder Bevollmächtigte darf in meinem Namen auch die mir gegenüber dem anderen Bevollmächtigten zustehenden Rechte geltend machen, ausgenommen den Widerruf der Vollmacht des anderen. Er kann im Einzelfall mich und einen Dritten gleichzeitig vertreten.

§ 4 Untervollmacht

Der Vertreter ist zur Unterbevollmächtigung befugt. Die Beschränkung des § 181 BGB kann dabei nicht ausgeschlossen werden.

§ 5 Widerruf

Die Vorsorgevollmacht kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Vollmachtgeber