



# Innenverhältnis- regelung

**Nachfolgende Vereinbarung regelt die Anwendung der Vorsorgevollmacht von mir:**

(Titel) Vornamen Name **im Folgenden: Vollmachtgeber/in bzw. ich**

**vom:**

Datum der Vorsorgevollmacht

**im Verhältnis zwischen mir und der bevollmächtigten Person (bzw. in unserem Innenverhältnis). Die zugehörige Vorsorgevollmacht darf die bevollmächtigte Person nur im nachfolgend angegebenen Umfang nutzen.**

## Beginn der Vertretung

Die bevollmächtigte Person verpflichtet sich mir gegenüber, von der Vorsorgevollmacht allein in meinem Interesse und zu meinem Wohlergehen und nur dann Gebrauch zu machen, falls ich vorübergehend oder auf Dauer nicht selbst in der Lage bin, meine Angelegenheiten zu regeln.

Der Eintritt meiner Entscheidungsunfähigkeit und/oder Geschäftsunfähigkeit muss durch ärztliches Attest festgestellt werden.

## Bevollmächtigte Personen

Die bevollmächtigte Person

Titel Vornamen Name

Geburtsdatum

Geburtsort

**soll primär alle Aufgaben als bevollmächtigte Person** wahrnehmen.

Erst wenn sie nicht mehr in der Lage ist, die Vorsorgevollmacht auszuüben oder Unterstützung wünscht, soll:

die **zweite** bevollmächtigte Person

Titel Vornamen Name

Geburtsdatum

Geburtsort

**zweitrangig als bevollmächtigte Person** alle Aufgaben wahrnehmen.

Erst wenn sie nicht mehr in der Lage ist, die Vorsorgevollmacht auszuüben oder Unterstützung wünscht, soll:

die **dritte** bevollmächtigte Person

Titel Vornamen Name

Geburtsdatum

Geburtsort

**drittrangig als bevollmächtigte Person** alle Aufgaben wahrnehmen.

Bei Überschneidung der Aufgaben oder Unstimmigkeiten soll **abschließend folgende bevollmächtigte Person** entscheiden:

Titel Vornamen Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Die bevollmächtigten Personen sind nicht berechtigt, ihre Vollmachten gegenseitig zu widerrufen.

## Gesundheit und Pflege

Die bevollmächtigte Person muss bei der Vertretung in medizinischen Angelegenheiten meine Vorstellungen berücksichtigen. Sollte eine Patientenverfügung existieren, ist der dort hinterlegte Wille zu beachten und - notfalls auf gerichtlichem Weg - gegenüber Ärzten und Pflegeheimen durchzusetzen.

Mein Einkommen und Vermögen sollen für meine bestmögliche Pflege eingesetzt werden.

Die bevollmächtigte Person soll sicherstellen, dass ich mein Leben möglichst eigenständig und in vertrauter Umgebung leben kann.

Bei Bedarf soll folgender Pflegedienst beauftragt werden:

  
  

Name und Adresse der Einrichtung

Sollte ambulante Pflege nicht (mehr) möglich sein, möchte ich möglichst in folgender Einrichtung untergebracht werden:

  
  

Name und Adresse der Einrichtung

## Finanzen und Geschenke

Aus meinem Einkommen soll die bevollmächtigte Person folgende Zahlungen und Zuwendungen an folgende Personen/Einrichtungen vornehmen:


Person/Einrichtung, Zweck, Betrag, Häufigkeit, Kontakt

Die bevollmächtigte Person soll für ihre Tätigkeit folgende pauschale Aufwandsentschädigung aus meinem Einkommen oder Vermögen bekommen.

Betrag in €

einmalig / pro Monat etc.



## Unterschrift: Vollmachtgeber/in

Name **Vollmachtgeber/in**

Geburtsdatum

Geburtsort

Ort, Datum, Unterschrift

## Unterschrift: bevollmächtigte Person

Name **bevollmächtigte Person**

Geburtsdatum

Geburtsort

Ort, Datum, Unterschrift

## Unterschrift: weitere bevollmächtigte Person

Name **bevollmächtigte Person**

Geburtsdatum

Geburtsort

Ort, Datum, Unterschrift

## Unterschrift: weitere bevollmächtigte Person

Name **bevollmächtigte Person**

Geburtsdatum

Geburtsort

Ort, Datum, Unterschrift

## Unterschrift: weitere bevollmächtigte Person

Name **bevollmächtigte Person**

Geburtsdatum

Geburtsort

Ort, Datum, Unterschrift