

JURADIREKT

Vollmachten, einfach & sicher.

Kundenname: _____

Analysedatum: _____

Gewünschte Verfügungen

- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht

- Unternehmervollmacht
(gewerblicher Bereich)

- Sorgerechtsverfügung

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Empfohlen von: _____

Datenbogen für Ihre Analyse

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Kontaktdaten - Telefon	
Kontaktdaten – E-Mail	

Abweichende Rechnungsanschrift

Sind Sie selbstständig? Dann arbeiten wir eine Unternehmensvollmacht mit ein. In diesem Fall sollten Sie für die Rechnung die Unternehmensadresse angeben.

Firmenname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kontaktdaten - Telefon	

Ihre Ausweisdaten

Personalausweis Reisepass Ausweis Nr.: _____

Ausstellende Behörde: _____

Gültig bis: _____

Betreuer oder Bevollmächtigter:

Im Betreuungsfall wünsche ich einen vom Betreuungsgericht noch zu bestellenden, gesetzlichen Berufsbetreuer

Ja Nein

Falls ja, dann weiter mit Nr. 4 Hausarzt.

Falls nein, weiter mit der Aufnahme der Bevollmächtigten.

Bevollmächtigte - bitte jeweils mit Zahlen die Rangfolge benennen

Hinweis: Es sollte nur ein Erstbevollmächtigter benannt werden. Auf Wunsch auch Ersatzbevollmächtigte, deren Reihenfolge festgelegt werden kann. Eine regelmäßige Aktualisierung erfolgt auf Wunsch durch JURA DIREKT.

1. Erstbevollmächtigter/RangBV PV VV UV

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis	
Kontaktdaten - Telefon	
Kontaktdaten – E-Mail	

2. Zweiter Bevollmächtigter /RangBV PV VV UV

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis	
Kontaktdaten - Telefon	
Kontaktdaten – E-Mail	

3. **Dritter Bevollmächtigter /Rang** BV PV VV UV

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis	
Kontaktdaten - Telefon	

Bei gleichrangiger Bevollmächtigung erhalten die Bevollmächtigten bei Gefahr im Verzug auch Einzelvertretungs-
berechtigung.

Entfällt Ja Nein

4. **Hausarzt bzw. behandelnder Arzt** (freiwillige Angabe) Ja Nein

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kontaktdaten, Tel, mobil, Mail	

Analyse

Betreuungsverfügung

1. Erklärung zur Kontrollbetreuung

Ja Nein

Falls ein Betreuer nötig wird, um meine Rechte gegenüber meinem Bevollmächtigten zu wahren, so möchte ich, dass dies von folgender Person übernommen wird. (z.B. bei Missbrauchsverdacht gegenüber dem Erstbevollmächtigten oder bei Konflikten gleichrangiger Betreuer. Kann z.B. vom Ersatzbevollmächtigten durchgeführt werden oder bei Nein, setzt das Gericht einen Kontrollbetreuer ein)

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kontaktdaten – Telefon, Mail	

2. Wollen Sie Personen von der Betreuung ausschließen?

Ja Nein

Name, Vorname	
Adressdaten soweit bekannt	

3. Im Pflegefall möchte ich wie folgt versorgt werden:

zu Hause (so lange wie möglich), **oder**

im Heim

und/oder - Mein Betreuer soll zum gegebenen Zeitpunkt entscheiden, wo ich gepflegt werden soll.

4. Ich wünsche die Unterbringung im folgenden Heim:

Ja Nein

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

5. Ich möchte regelmäßigen Kontakt zu Verwandten, Kindern und Enkelkindern haben.

Ja Nein

6. Ich möchte seelischen und geistigen Zuspruch haben.

Ja Nein

7. Ich möchte meine bisherigen Lebensgewohnheiten und Lebensstandard, selbst unter Aufbrauch meines Vermögens, beibehalten.

Ja Nein

8. Der Betreuer soll meine Patientenverfügung beachten

Ja Nein

Bemerkungen zur Betreuungsverfügung:

Bemerkungen	
Bemerkungen	

Patientenverfügung

1. Eine Patientenverfügung wird benötigt, wenn jemand seinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich artikulieren kann und man aufgrund dessen die medizinische Versorgung und Behandlung ausdrücklich festlegen will. **Einleitend erhält der Arzt einen Hinweis für die lebenserhaltenden Maßnahmen. Im weiteren Verlauf bekommt der Arzt durch die Antworten ein Bild des Patienten und dessen Grundeinstellungen zu medizinischen Behandlungen.**

2. Voraussetzungen

Wenn (z.B.)

- ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach **unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess** befinde.
- ich mich im **Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit** befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- infolge einer **Gehirnschädigung meine Fähigkeit Einsichten zu gewinnen unwiederbringlich erloschen** ist.
- ich infolge eines **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses** (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
- eine **nicht behandelbare dauerhafte Ausfallsituation von lebenswichtigen Körperfunktionen** eintritt.
- **vergleichbare** nicht ausdrücklich erwähnte **Erkrankungen** oder Zustände vorliegen.

Festlegungen zu Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen, falls einer der oben beschriebenen Situationen eintritt.

Ihre Grundhaltung zum Bereich lebenserhaltende Maßnahmen und zur Wiederbelebung:

Lebenserhaltende Maßnahmen (J-N-beliebig) (N-J-beliebig)

Wünschen Sie, **dass alles medizinisch Mögliche getan wird**, um Sie am Leben zu erhalten und Ihre Beschwerden zu lindern? JA NEIN

Sollen **nach Ausschöpfung** aller medizinischen Möglichkeiten weitere lebenserhaltende Maßnahmen und **Behandlungen unterlassen werden**, die nur den **Todeszeitpunkt und Ihr Leiden unnötig** verlängern? JA NEIN

Wünschen Sie fremdes Gewebe und Spenderorgane zur Lebensverlängerung zu erhalten, sofern medizinisch sinnvoll? JA NEIN

Wiederbelebung (J-N-N) (N-J-N) (N-N-J)

Ich wünsche **in jedem Fall Versuche der Wiederbelebung** und maximale Intensivtherapie, solange geringste Hoffnung auf Lebensrettung besteht. JA NEIN

Soll **grundsätzlich die Wiederbelebung nur** in Situationen stattfinden, in welchen nach Einschätzung des behandelnden Arztes, die **Aussicht auf Wiedergenesung** ohne schwerwiegende, gesundheitliche Beeinträchtigungen besteht, die **Aussicht auf ein lebenswertes, umweltbezogenes Leben** ermöglicht werden kann, und der Sterbeprozess dadurch nicht verlängert wird. Darunter fällt auch die Notfallrettung, die in jedem Fall durchgeführt werden soll, solange geringste Hoffnung auf Behandlungserfolg und Besserung besteht. Dies gilt ebenfalls in allen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens.

JA NEIN

Ich lehne Wiederbelebensmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen ärztlicher Maßnahmen unerwartet eintreten. JA NEIN

Ihre Haltung zu medizinischen Behandlungen:

Schmerz- und Symptombehandlung (J-N) (J-J) (N-N)

Ich wünsche eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung. JA NEIN

Sollten alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Schmerz- und Symptomkontrolle versagen, wünsche ich bewusstseinsdämpfende Mittel zur Beschwerdelinderung. Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch schmerz- und symptomlindernde Maßnahmen nehme ich in Kauf. JA NEIN

Pflegerische Maßnahmen

Hunger und Durst sollen **auf natürliche Weise** gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte, lindernde Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, soweit ich dies nicht ausgeschlossen oder eingeschränkt habe. JA NEIN

Künstliche Ernährung

Ich wünsche, dass eine künstliche Ernährung **begonnen oder weitergeführt wird**. (z. B. über Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge) JA NEIN

Ich wünsche weiterhin, dass die **Entscheidung** über den Beginn und Fortführung sowie die Form der künstlichen Ernährung zusätzlich **von meinem Bevollmächtigten** gemeinsam mit dem behandelnden **Arzt** getroffen wird. JA NEIN

Künstliche Flüssigkeitszufuhr

Ich stimme einer **medizinisch sinnvollen** Flüssigkeitszufuhr zu. JA NEIN

Ich wünsche weiterhin zusätzlich die Abstimmung zwischen dem behandelnden **Arzt und dem Bevollmächtigten** über den Beginn bzw. die Fortführung der künstlichen Flüssigkeitszufuhr. JA NEIN

Künstliche Beatmung

Ich wünsche eine künstliche Beatmung, falls dies aus medizinischer Sicht mein Leben verlängern kann. JA NEIN

Ich wünsche weiterhin zusätzlich die Abstimmung zwischen dem behandelnden **Arzt und dem Bevollmächtigten** über den Beginn bzw. die Fortführung der künstlichen Beatmung. JA NEIN

Dialyse

Ich **wünsche eine künstliche Blutwäsche** (Dialyse), falls dies mein Leben verlängern kann und aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheint.

JA NEIN

Antibiotika

Ich **wünsche Antibiotika**, falls dies mein Leben verlängern kann und aus ärztlicher Sicht sinnvoll erscheint.

JA NEIN

Blut/Blutbestandteile

Ich **wünsche die Gabe** von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann und aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheint.

JA NEIN

Organspende und Obduktion

Ich **wünsche** im Fall eines klinischen Todes (Hirntod), der von **zwei Ärzten unabhängig** voneinander bestätigt werden soll, **eine Entnahme meiner Organe** nach meinem Tod zu Transplantationszwecken.

JA NEIN

Ich stimme der **Verwendung meines Körpers für wissenschaftliche Zwecke** zu.

JA NEIN

(Beerdigungszeitpunkt dadurch ungewiss)

Ich stimme einer **Obduktion** zur Befundklärung zu.

JA NEIN

Ort der Behandlung (Mehrfachnennung möglich)

Ich möchte je nach Situation und Umständen

- | | | |
|--|----|------|
| 1. zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden. | JA | NEIN |
| 2. wenn irgend möglich zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben. | JA | NEIN |
| 3. wenn möglich in einem Hospiz sterben. | JA | NEIN |

Beistand (Mehrfachnennung möglich)

Ich möchte je nach Situation

- | | | |
|--|----|------|
| 1. ambulanten, hospizlichen Beistand | JA | NEIN |
| 2. Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter der Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft. | JA | NEIN |
| 3. Beistand durch Familienangehörige. | JA | NEIN |

Aktive Sterbehilfe:

Mir ist bekannt, dass aktive Sterbehilfe in Deutschland (§216 StGB) strafbar ist.

Ich wünsche, dass legale Möglichkeiten zu einem friedlichen und schnellen „Hinüberdämmern“ im Bedarfsfall bei mir voll ausgeschöpft werden.

JA NEIN

Die Befolgung meiner o. g. Wünsche ist nach geltendem Recht keine strafbare Tötung auf Verlangen.

Bestattung

Ich wünsche eine

Erbbestattung Feuerbestattung Friedwaldbestattung Sonstiges _____**„Schlichter“:**

In Lebens- und Behandlungssituationen, **die in dieser Patientenverfügung entweder nicht konkret geregelt sind** oder **Erstbetreuer und mein Arzt unterschiedlicher Meinung** über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen sind, soll der Auffassung folgender Person besondere Bedeutung zukommen:

: JA NEIN

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Folgende Personen sollen nicht zu Rate gezogen werden, wenn ich selbst keine Entscheidungen mehr treffen kann:

JA NEIN

Name, Vorname	
Adressdaten soweit bekannt	

Ich habe ein Testament:

JA NEIN

Hinterlegt bei:	
-----------------	--

Bemerkungen zur Patientenverfügung:

Bemerkungen	
Bemerkungen	
Bemerkungen	

Vorsorgevollmacht

Gesetzesgrundlage: Die bevollmächtigte Person wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im **Folgenden angegeben habe**. Durch diese Vollmachterteilung soll eine **vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden**. Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person diese Vollmachturkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die **Urkunde im Original** vorlegen kann. Diese Vollmacht ist jederzeit widerruflich. **Von der Vorsorgevollmacht wird nur im Falle von Krankheit, Unfall, Alter (falls der Vollmachtgeber seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann) oder nach ausdrücklicher Anweisung des Vollmachtgebers, Gebrauch gemacht.**

Umfang der Vollmacht:

Alleinige Bevollmächtigung (bei Einzelvertretung immer ja)	JA	NEIN
Untervollmachten sind erlaubt (Teilvertretungen, z.B. Postabholung)	JA	NEIN
Geltung über den Tod hinaus bis nicht mind. ein Erbe widerruft (z.B. Abwicklung der Beerdigung)	JA	NEIN

Private Vermögensfürsorge:

Der Bevollmächtigte darf...

...mich in Vermögensangelegenheiten vertreten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen, soweit eine Stellvertretung gesetzlich zulässig ist.	JA	NEIN
... namentlich über Vermögensgegenstände jeglicher Art verfügen.	JA	NEIN
...Zahlungen eingehen und annehmen sowie Wertgegenstände annehmen und quittieren.	JA	NEIN
...Verbindlichkeiten jeglicher Art eingehen, Inkasso jeglicher Art betreiben, soweit keine notarielle Beurkundung erforderlich ist. (z. B. kurzfristige Kontoüberziehungen oder bereits eingeräumte Kredite in Anspruch nehmen.)	JA	NEIN
...mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten	JA	NEIN
... Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots, Schließfächer und Safes abgeben. An- und Verkauf von Wertpapieren und Devisen durchführen	JA	NEIN
... Schenkungen vornehmen, die einem Betreuer rechtlich gestattet sind. (Anstandsschenkungen)	JA	NEIN
...über das Guthaben verfügen oder auch Festgeld sowie Einlagenkonten einrichten.	JA	NEIN
... über mein Immobilieneigentum verfügen (Hinweis 1)	JA	NEIN

Hinweis 1: Für Immobiliengeschäfte sowie für die Vertretung im geschäftlichen Bereich ist eine Unterschriftsbeglaubigung Ihrer Vorsorgevollmacht empfehlenswert. Sie können dies bei einem Notar sowie bei einer Betreuungsbehörde rechtlich gleichgestellt erledigen lassen. Nähere Informationen erhalten Sie mit der Aussendung Ihrer gefertigten Vollmachten.

Bei Handelsgewerbe Bevollmächtigung an die eingangs benannte Person. JA NEIN

(Hinweis 1, vorherige Seite)

... oder abweichend JA NEIN

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kontaktdaten – Telefon, Mail	

Soll die Vertretungsberechtigung im gewerblichen Teil für alle Unternehmen, Selbständigkeiten und freiberuflichen Tätigkeiten gültig sein? JA NEIN

... oder abweichend nur für folgende Unternehmen/Selbständigkeiten/freiberuflichen Tätigkeiten

Firmenname	
Firmenname	

Soll Ihr Erstbevollmächtigter im Fall der Fälle eine bestimmte Person zu Rate ziehen? Z.B. durch die Vergabe von Untervollmachten an Personen mit entsprechender Zulassung. JA NEIN

Name, Vorname	
---------------	--

Nachfolgend weitere Regelungen für den privaten Bereich:

Umgang mit Behörden

Der Bevollmächtigte darf...

... mich gegenüber **allen** Behörden, Privat- und Geschäftspersonen vertreten. JA NEIN

...Aktiv und Passivprozesse führen, alle Prozesshandlungen durchführen sowie sämtliche Prozessklärungen abgeben. JA NEIN

Aufenthalt und Unterbringung

Der Bevollmächtigte darf...

.... meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen, sowie meinen Haushalt auflösen und Heimverträge schließen. JA NEIN

Post und Fernmeldeverkehr

Der Bevollmächtigte darf...

...die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Der Bevollmächtigte darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen abgeben. JA NEIN

... Post, Pakete, Onlinenetze, Telekommunikationsverkehr, Fernmeldeverkehr, Fax, Telex, Telefon, E-Mails, auch wenn diese mit „eigenhändig“ oder „persönlich“ gekennzeichnet sind, öffnen und bearbeiten. JA NEIN

Gesundheitsvorsorge und Pflegebedürftigkeit

Der Bevollmächtigte darf...

... alle Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge, Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege und meine Patientenverfügung durchsetzen. JA NEIN

... in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in ärztliche Eingriffe und in Heilbehandlungen einwilligen, nicht einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten, oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Er darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen. JA NEIN

... Krankenhausunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nicht ärztliches Personal gegenüber meinem Bevollmächtigten von der ärztlichen Schweigepflicht. JA NEIN

...über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§1906 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1906 Abs. 1,3 und 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohl erfolgen. JA NEIN

Totenfürsorge

Der Bevollmächtigte ist zur Abwicklung der Beerdigung sowie aller damit zusammenhängenden Willenserklärungen und Entscheidungen berechtigt. JA NEIN

Testament

Mein in der Patientenverfügung näher bezeichnetes Testament ist zu berücksichtigen. JA NEIN

Betreuungsverfügung

Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, so bitte ich, die oben bezeichneten Bevollmächtigten als Betreuer zu bestellen, bzw., falls vorhanden, meine Betreuungsverfügung zu beachten. JA NEIN

Sind weitere, ältere Vollmachten vorhanden? JA NEIN

Falls ja, sollen die älteren Vollmachten vollständig oder in Teilen bestehen bleiben? JA NEIN

Macht Sinn, wenn z.B. eine ältere, notarielle Vollmacht für den Immobilienbereich bestehen bleiben soll.

Hinweis: Eine Vollmacht ist grundsätzlich bis zum Widerruf gültig. Somit könnten zwei parallele, vollumfängliche Vollmachten zu Konflikten führen.

Bemerkungen zur Vorsorgevollmacht:

Bemerkungen	
Bemerkungen	

Sorgerechtsverfügung

Eltern:

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer.	
PLZ, Ort	
Geboren am, Stadt	

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer.	
PLZ, Ort	
Geboren am, Stadt	

Kinder:

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geboren am, Stadt	

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geboren am, Stadt	

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geboren am, Stadt	

Bevollmächtigte/r – die Vertretung soll in einer Reihenfolge erfolgen. Bitte auch bevollmächtigte Paare einzeln in einer Reihenfolge auflühren. Gleichrangige Bevollmächtigung ist aufgrund des Konfliktpotenziales nicht zu empfehlen.

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geboren am, Stadt	
Verwandtschaftsverhältnis	
Kontakt Daten–Telefon, Mail	

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geboren am, Stadt	
Verwandtschaftsverhältnis	
Kontakt Daten–Telefon, Mail	

Ausgeschlossene Person/en:

Name, Vorname	
Adressdaten falls bekannt	

Name, Vorname	
Adressdaten falls bekannt	

Bemerkungen zur Sorgerechtsverfügung:

Bemerkungen	
Bemerkungen	
Bemerkungen	

Hinweis:

Eine Sorgerechtsvollmacht entspricht rein rechtlich einer speziellen Art des Testamentes. Sie erhalten von uns aufgrund der obigen Angaben eine rechtsanwaltlich ausgefertigte Version zugesandt.

Es ist ratsam diese Ausfertigung dann zusätzlich handschriftlich abzuschreiben und uns das Original zu übersenden, so dass das Vormundschaftsgericht schnellstmöglichen Zugriff im Fall der Fälle erhält.

Hiermit bestelle ich verbindlich folgende Vollmachten:

Betreuungsverfügung (BV), Patientenverfügung (PV), Vorsorgevollmacht (VV), Sorgerechtsverfügung (SV), Unternehmensvollmacht (UV)

Vollmachtenpaket BV-PV-VV	Einzelpreis	249 €	JA	NEIN
Vollmachtenpaket BV-PV-VV	Paar Preis pro Person	199 €	JA	NEIN
Unternehmensvollmacht UV (=BV,PV,VV inkl. Gewerbe)	Einzelpreis (209,24 netto)	249 €	JA	NEIN
Sorgerechtsverfügung inkl. Hinterlegung	unabh. der Kinderanzahl	89 €	JA	NEIN
Einzelvollmachten BV-PV-VV	Einzelpreis	89 €	JA	NEIN
Kontovollmacht	Muster, kostenlos		JA	NEIN
JURA DIREKT Service	jährlich	39 €	JA	NEIN

Obige Preise verstehen sich inkl. MwSt.

JURA DIREKT Service:

- Datenschutzgerechte Hinterlegung Ihrer Originaldokumente, physisch wie auch digital, um Verlust und Missbrauch zu verhindern,
- Sie erhalten regelmäßige Status-Mitteilungen zur Überprüfung der gewählten Bevollmächtigten und Inhalte,
- Änderungsservice für Stammdaten sowie Änderungen Ihrer persönlichen Wünsche,
- Aktualisierung bei Gesetzesänderungen,
- Notfallausweis sowie Schlüsselanhänger für das schnelle Auffinden der Originaldokumente,
- Kostenlose 0800 JURA DIREKT LINE zum Abruf der Vollmachten durch Ärzte, Klinikpersonal und Ihre Bevollmächtigten (0800 20 40 405)
- Eintragung Ihrer Daten zur Vorsorgevollmacht bei der Bundesnotarkammer

sowie die Daten des Erstbevollmächtigten Eintragung gewünscht? JA NEIN

Die laufende Überprüfung Ihrer Vollmachten auf Rechtskonformität, Gültigkeit und Aktualität erfolgt durch unsere kooperierenden Rechtsanwälte und Justiziere.

Den Einmalbetrag in Höhe von _____ € aller oben benannten Vollmachten soll von meinem Girokonto eingezogen werden.

Einzugsermächtigung für den o.g. Gesamtbetrag:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die JURA DIREKT GmbH widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen zu Lasten meines/unseres nachstehenden Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber _____ IBAN _____

Kontonummer _____ BLZ _____ Bank _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Hinterlegungsauftrag: (Die Originaldokumente bleiben immer im Eigentum des Kunden. JURA DIREKT bzw. dessen Haftungspartner wird hiermit mit der Aufbewahrung und Verwaltung beauftragt). Hiermit beauftrage ich,

Name, Vorname	
---------------	--

die JURA DIREKT GmbH zur Hinterlegung folgender Dokumente.

Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/>	Sorgerechtsverfügung	<input type="checkbox"/>

Ebenfalls beauftrage ich die JURA DIREKT GmbH mit der Herausgabe der Dokumente in nachfolgenden Fällen:

Die Originalvollmachten dürfen nur persönlich durch den Bevollmächtigten mittels entsprechender Geschäftsunfähigkeitsnachweise oder durch zentrale Stellen wie Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen sowie Betreuungsgerichte, juristische Vertreter, ebenfalls mit entsprechenden Nachweisen, angefordert werden.

Kündigung:

Der Aktualisierungsservice kann jährlich 6 Wochen zum Ablauf des individuellen Aktualisierungsjahres durch Einhaltung der Textform gekündigt werden. Die Originaldokumente werden dann an Sie ausgeliefert.

Einzugsermächtigung für den Aktualisierungsservice:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Jura Direkt GmbH widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von jährlich _____ € zu Lasten meines/unseres nachstehenden Girokontos durch Lastschrift einzuziehen. Der Einzug des Jahresbeitrages erfolgt jährlich im Folgemonat des Vertragsabschlusses für jeweils ein komplettes Jahr im Voraus. Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Kontoinhaber, falls abweichend _____ IBAN _____

Kontonummer _____ BLZ _____ Bank _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Datenschutzerklärung: Hiermit bestätige ich die oben gemachten Angaben. Im Rahmen der Betreuung werden personenbezogene Daten erhoben. Ich bin damit einverstanden, dass die Jura Direkt GmbH die erhobenen Daten zum Zweck der Betreuung und Erstellung meiner Vollmachten verarbeitet und nutzt. Ich willige ein, dass Daten aus dem Analysebogen und/oder Vollmachten an die Justiziere im erforderlichen Umfang übermittelt werden dürfen und entsprechend anwaltlich geprüfte Vorsorgedokumente erstellt werden. Außerdem ist der Auftraggeber damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Jura Direkt seine Kontaktdaten für die regelmäßige Kommunikation per Brief, Telefon, Fax, E-Mail und SMS im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen der Vollmacherstellung betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung der Vollmachten gerichtet sind.

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen nach Datenaufnahme ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder – wenn Ihnen die Sache vor Fristablauf überlassen wird – auch durch Rücksendung der Sache widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, jedoch nicht vor Eingang der Ware beim Empfänger (bei der wiederkehrenden Lieferung gleichartiger Waren nicht vor Eingang der ersten Teillieferung) und auch nicht vor Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß Artikel 246 §2 in Verbindung mit § 1 Absatz 1 und 2 EGBGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Sache. Der Widerruf ist zu richten an: Jura Direkt GmbH, Kaiserstraße 12-14, 90403 Nürnberg, Fax Nr.: 0911-927 85 101 oder per E-Mail an info@juradirekt.com

Schlussklärung zur Analyse meiner Vorsorgedokumente:

Diese Analyse zu meinen Vollmachten wurde von mir nach eigenem Wunsch und ohne äußeren Druck erstellt. Sie ist Ausdruck meines Willens, den ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte geäußert habe und welchen ich selbstverständlich nach gesetzlichen Vorgaben jederzeit formlos ändern oder widerrufen kann. Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in allen Punkten dieser Erklärung bewusst. Ich bin der deutschen Sprache in Wort und Schrift ausreichend mächtig. Analyse wurde vorgelesen und genehmigt. Hiermit beauftrage ich die angeschlossenen Rechtsanwälte der JURA DIREKT GmbH mit der Erstellung meiner Vollmachten.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde