

# VERHANDLUNGSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Hiermit wird bescheinigt, dass Herr/Frau:

**Vor- und Nachname :** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

aufgrund einer psychischen oder physischen Erkrankung derzeit nicht in der Lage ist, ihre/ seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, insbesondere keine rechtsgeschäftlichen Erklärungen rechtswirksam abgeben kann.

## Rechtsgrundlagen:

Diese Bescheinigung erfolgt gemäß §§ 104, 106 BGB und dient als Nachweis der Verhandlungsunfähigkeit im Sinne der deutschen Rechtsprechung.

## Dauer der Verhandlungsunfähigkeit:

Die Verhandlungsunfähigkeit besteht voraussichtlich seit: \_\_\_\_\_

und wird voraussichtlich andauern bis: \_\_\_\_\_

## Weitere Hinweise:

Diese Bescheinigung ersetzt keine vollumfängliche Betreuungsvollmacht oder gerichtliche Betreuung. Sie dient ausschließlich der Feststellung der aktuellen Verhandlungsunfähigkeit.

## Ausstellende Ärztin / Arzt:

Name und Titel : \_\_\_\_\_

Praxisanschrift : \_\_\_\_\_

Telefonnummer : \_\_\_\_\_

## Unterschrift und Stempel:

**Unterschrift:**

**Datum:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ärztliche Praxis / Klinik

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentklar.com/verhandlungsunfähigkeitsbescheinigung-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.