VOLLMACHT

Ich, Hambrock, Manfred	(Vollmachtgeber/in)
Name, Vorname	(vonnachigeber/iii)
17.06.1939	Hannover
Geburtsdatum	Geburtsort
Stöckendrebber Straße 33	31535 Neustadt Rbg. OT Stöckendrebber
Adresse	
05073 - 1859	
Telefon, Telefax	

erteile hiermit Vollmacht an

meine Tochter Anke Nanaki , geb. Hambrock	(bevollmächtigte Person)
15.06.1968 Geburtsdatum	Hannover
Anke Nanaki, Hünzingen35, 29664 Walsrode Adresse	Geburtsort
Fam. Nanaki Tel. 0173-2018325	

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Bad Salzuflen, Dl Www.

Ort, Datum

Unite

16. 10- 2-19

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

	i. Gesunaneitssorge/Pilegebeauritigkeit			
1	Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen.	Ċ(TA	\ □ NEI	N
	bunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.	<u>A</u> IA	. □ NEII	N
	Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	<u>D</u> JA	□ NEII	N
	Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.			
	greichen zu memem wonie erforderlich ist.	JA	□ NEIN	V
36		[] JA	□ NEIN	V
20			□ NEIN	Ŋ
		_	□ NEIN	J
2	. Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen, Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen			
	Haushalt auflösen.	A JA	□ NEIN	
	Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	Ø JA	□ NEIN	ustiz
	Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.	₽ JA	□ NEIN	der
				eriun
		_ JA	□ NEIN	minist
3.	Behörden			Muster Volimacht – Bundesministerium der Justiz
	Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	I JA	□ NEIN	mach
		_ □ JA	□ NEIN	ter Voll
N.		Γ 1Δ	□ NEIN	Mus

4.	Vermögenssorge		
115	Sie darf mein Vermögen verwalten und hierbei alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte im In- und Ausland vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen, sowie Anträge stellen, abändern, zurücknehmen, namentlich	JATA	□ NEIN
	über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen	JA JA	□ NEIN
	Zahlungen und Wertgegenstände annehmen	TA	□ NEIN
A	Verbindlichkeiten eingehen	JA	□ NEIN
	Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten (bitte beachten Sie hierzu auch den nachfolgenden Hinweis)	<u>Ì</u> JA	□ NEIN
	Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist.	JA	□ NEIN
		_	□ NEIN
	Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können		
bo ma tig lic ert im Fü	nweis: Für die Vermögenssorge in Bankangelegenheiten sollten Sie auf die von Ihrer Bank/stene Konto-/Depotvollmacht zurückgreifen (Muster im Anhang). Diese Vollmacht berechtig ichtigten zur Vornahme aller Geschäfte, die mit der Konto- und Depotführung in unmittelbenhang stehen. Es werden ihm keine Befugnisse eingeräumt, die für den normalen Geschäft sind, wie z. B. der Abschluss von Finanztermingeschäften. Die Konto-Depotvollmacht sollte in Ihrer Bank oder Sparkasse unterzeichnen; etwaige spätere Zweifel an der Wirksamkeit eilung können hierdurch ausgeräumt werden. Können Sie Ihre Bank/Sparkasse nicht aufsur Gespräch mit Ihrer Bank/Sparkasse sicher eine Lösung finden. "Immobiliengeschäfte, Aufnahme von Darlehen sowie für Handelsgewerbe ist eine notarie forderlich!	gt den Ber arem Zu Esverkehr en Sie gru der Volli chen, wir	voll- sam- unnö- undsätz- machts- d sich
5.	Post und Fernmeldeverkehr		
MOR	Con Jane 32 6th and 3 have		

Sie darf die für mich bestimmte Post entgegennehmen und öffnen sowie über den Fernmeldeverkehr entscheiden. Sie darf alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

1/	
JA	NEIN

6. Vertretung vor Gericht

🗷 Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen. 💆 JA 🛛 NEIN

7. Untervollmacht		
■ Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	DIA	□ NEIN
 8. Betreuungsverfügung Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung ("rechtliche Betreuung") erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. 	₽ ∀ JΑ	□ NEIN
9. Weitere Regelungen	<i>pa</i> . <i>p</i> . 1	
Bed Schuffen, 16. 10. 2018 Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers		
Bade Salzyaflen 16-16-2019 Mark Wolled Ort, Datum Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers	Zi	
		in the state of th

Beglaubigungsvermerk

Hannover

Geburtsort

31535 Neustadt Rbg. OT Stöckendrebber

VOLLMACHT

Ich, Hambrock, Manfred	(Vollmachtgeber/in)		
Name, Vorname			
17.06.1939	Hannover		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Stöckendrebber Straße 33	31535 Neustadt Rbg. OT Stöckendrebber		
Adresse			
05073 - 1859			
Telefon, Telefax			
erteile hiermit Vollmacht an			
meine Ehefrau Doris Hambrock	(bevollmächtigte Person)		
Name, Vorname			

05073 - 1859

Stöckendrebber Straße 33

05.12.1942

Telefon, Telefax

Geburtsdatum

Adresse

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden angekreuzt oder angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig geworden sein sollte.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

1/ 12 201

1.	Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit			
	Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.	A JA	□ NEIN	
	Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes und in Heilbehandlungen einwilligen, auch wenn diese mit Lebensgefahr verbunden sein könnten oder ich einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleiden könnte (§ 1904 Abs. 1 BGB). Sie darf die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.	JA	□ NEIN	
	Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht.	ĎΣJA	□ NEIN	
	Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente u. ä.) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB) entscheiden, solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist.	_R 1A	□ NEIN	
	greienen zu memem vvone errotternor			
		_ IA	□ NEIN	
		_ □ JA	□ NEIN	
		_□ JA	□ NEIN	
2	Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten			
	über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen sowie meinen Haushalt auflösen.	D JA	□ NEIN	
	Sie darf einen neuen Wohnungsmietvertrag abschließen und kündigen.	Ø JA	□ NEIN	Justiz
	Sie darf einen Heimvertrag abschließen und kündigen.	B JA	□ NEIN	m der
		_ D JA	□ NEIN	nisteriu
				desmir
3	. Behörden			: - Bun
	Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.	JA	□ NEIN	Muster Vollmacht – Bundesministerium der Justiz
		_	□ NEIN	ister Vo
		□ ја	□ NEIN	M

7.	Untervollmacht		
	Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.	D JA	□ NEIN
8.	Betreuungsverfügung		
	Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung ("rechtliche Betreuung") erforderlich sein sollte, bitte ich, die oben bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.	ρλja	□ NEIN
9.	Weitere Regelungen		
<u> </u>			***************************************
			an anteresa, de de la descripción de
_		emerkekekersenkkhoundrogkalja tydy	
		Bedding Added Aberd Development	
	d Salzuflen, Any CO		Į.
Ort	Datum Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers		
Е	Bad Salzuflen, 16. 10 2019 Hamber the Longs		
Ort	, Datum Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers		*****************
Be	glaubigungsvermerk		