

VOLLMACHT

توكيل

Ich,
(Vollmachtgeber/in)
 Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

.....
 Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

.....
(bevollmächtigte Person)
 Name, Vorname, Geburtsdatum

.....
 Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert 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 werde.

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

Gesundheitspflege/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitspflege entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen.
 Ja Nein
- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB).
 Ja Nein
- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.*
 Ja Nein

* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt kein Einverständnis darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

.....
(الموكل/ الموكلة)
 الاسم الاسم الأول، تاريخ الميلاد مكان الميلاد

.....
 العنوان ، بلد السكن ، الهاتف ، البريد الإلكتروني

بهذا امنح التوكيل الى:

.....
(الشخص الموكل)
 الاسم الاسم الأول تاريخ الميلاد

.....
 العنوان ، بلد السكن ، الهاتف ، البريد الإلكتروني

بهذا يكون هذا الشخص المؤمن مخولا بموجب هذا التوكيل بتمثيلي في جميع الامور والتي قمت بالتأشير عليها بكلمة نعم او ذكرتها واشرت اليها ادناه بصفة خاصة. ويمنح هذا التوكيل يجب تجنب الرعاية التي امرت بها المحكمة. لذا يظل التوكيل ساري المفعول، حتى إذا اصبحت بعد تحريره عاجزا قانونيا.

التوكيل يظل ساري المفعول فقط طالما يملك الشخص المخول النسخة الاصلية من التوكيل ويمكنه تقديمها عند القيام بالأعمال والصفقات القانونية.

الرعاية الصحية / الحاجة الى الرعاية الصحية

- يسمح لها اتخاذ جميع القرارات فيما يتعلق بالرعاية الصحية وكذلك فيما يتعلق بجميع تفاصيل العناية في العيادات الخارجية او الإقامة الجزئية. كما انها مخولة بتنفيذ ارادتي الواردة في وصيه المريض
 نعم لا
- كما يسمح لها الموافقة لاسيما على العديد من الإجراءات المتعلقة بالصحة والشفاء او العمليات الطبية، حتى اذا كان هنالك خطرا مبررا، ذلك بانني بسبب تلك الإجراءات سوف اموت، او انني سوف اعاني من اضرار صحية جسيمة وطويلة الأمد (المادة ١٨٢٩ الفقرة من القانون المدني)*
 نعم لا
- كما يسمح لها وبصفة خاصة فيما يتعلق بموافقتها على الإجراءات الطبية المتعلقة بفحص الحالة الصحية او في الامور المتعلقة بالعلاج او العمليات الطبية، يسمح لها في كل هذه الامور بالامتناع عن الموافقة عليها او نقضها، حتى اذا كان هنالك خطرا مبررا، بانني سوف اموت من عدم متابعة تلك الإجراءات او الغائها، او ان ذلك سيؤدي الى انني سوف اعاني من اضرار صحية جسيمة وطويلة الأمد. (المادة ١٨٢٩ الفقرة ٢ من القانون المدني).
 نعم لا

* في حالة عدم وجود اتفاق بين الموكل والطبيب المعالج حول مطابقة منح التوكيل او عدم منحه او الغائه لإرادة المريض (مانح التوكيل)، فعلى الموكل في هذه الحالة الحصول على موافقة المحكمة المختصة بالرعاية. (المادة ١٨٢٩، الفقرة ٤، و ٥ من القانون المدني)

- 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. Die bevollmächtigte Person darf ihrerseits mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden.
Ja Nein
- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse erforderlich ist.*
Ja Nein
-
Ja Nein

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen.
Ja Nein
- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden.
Ja Nein
- Sie darf meinen Haushalt auflösen.
Ja Nein
- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen.
Ja Nein
- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen.
Ja Nein
- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen.
Ja Nein
-
Ja Nein

Vermögenssorge

- 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
Ja Nein
 - über Vermögensgegenstände jeder Art verfügen
Ja Nein
 - Zahlungen und Wertgegenstände annehmen
Ja Nein
 - Verbindlichkeiten eingehen**
Ja Nein

* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2, 4 und 5 BGB).

** Zur Aufnahme von Darlehen ist der Bevollmächtigte nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde.

• يسمح لها بالاطلاع على المستندات الطبية للمريضة والافراج عنها لتقديمها لطرف ثالث. كما اعفي جميع الاطباء الذين يعالجونني والطاقم غير الطبي من واجبه في الحفاظ على السرية تجاه موكلي المعتمد حول اعطاء المعلومات لطرف ثالث. كما يسمح للمخول لها ان تعفي من جانبها كلا من الاطباء المعالجين والطاقم غير الطبي وكذلك الموظفين في شركات التامين وكذلك شركات المقاصة والمحاسبة الطبية الخاصة من واجب الحفاظ على السرية.

نعم لا

• يسمح لها اتخاذ التدابير التي تنطوي على الحرمان من الحرية (المادة ١٨٣١، الفقرة ١ من القانون المدني) مثل (وضع قضبان حديدية حول السرير والادوية وما شابه ذلك) او الانتقال الى مأوى او منشأة اخرى (المادة ١٨٣١، الفقرة ٤ من القانون الالماني المدني)، كما يسمح لها أيضا اتخاذ القرار فيما يتعلق بالتدابير الطبية القسرية طبقا (للمادة ١٨٣٢ من القانون المدني)، طالما كان ذلك امرا تقتضيه مصلحتي*

نعم لا

نعم لا

شؤون الإقامة والسكن

• لها الحق في تحديد مكان اقامتي
نعم لا

• يجوز لها تسجيلي وإلغاء التسجيل عند مصلحة التسجيل
نعم لا

• يجوز لها تصفية محتويات منزلي
نعم لا

• يجوز لها إدارة الحقوق الواردة في عقد ايجار شقتي بما في ذلك انهاء العقد
نعم لا

• يجوز لها ابرام عقد ايجار شقة جديد او فسخه
نعم لا

• يسمح لها بابرام عقد اوفسخه طبقا لقانون السكن والرعاية
نعم لا

نعم لا

العناية بالثروة

• يجوز لها اداره اصول ثروتي والقيام بجميع الاعمال القانونية والصفقات التجارية داخل المانيا وخارجها وتقديم التصريحات بشئى أنواعها واستلامها وكذلك تقديم الطلبات وتغييرها وسحبها

نعم لا

• لها حق التصرف في ثروتي بشئى أنواعها
نعم لا

• استلام المدفوعات والاشياء ذات القيمة
نعم لا

• الدخول في الائتمانات**
نعم لا

* في هذه الاحوال على الموكل الحصول على موافقة محكمة الرعاية طبقا للمادة ١٨٣١ الفقرة ٢، ٥، من القانون المدني، والمادة ١٨٣٢، الفقرة ٢، ٤، و ٥ من القانون المدني.

** يكون الموكل مخولا للحصول على قروض فقط اذا كان التوكيل موثق من قبل كاتب العدل.

- Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abgeben. Sie darf mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten vertreten.
Ja Nein
- Schenkungen in dem Rahmen vornehmen, der einem Betreuer rechtlich gestattet ist (also Gelegenheitsgeschenke oder nach meinen Lebensverhältnissen angemessene Zuwendungen).
Ja Nein
- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

• اعلان النوايا فيما يتعلق بحساباتي وودائعي ومدخراتي، كما يسمح لها بتمثيلي في المعاملات مع البنوك والمصارف
لا نعم

• تقديم الهدايا ضمن الحدود المسموح بها قانونيا للذي يقوم بتقديم الرعاية
لا نعم

• لايسمح لها بالقيام بالصفقات التجارية الاتية

Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.
Ja Nein

البريد ووسائل الاتصال

• يسمح لها استلام وفتح البريد الخاص بي، وينطبق ذلك بغض النظر عن الوسيلة الإخبارية (مثل جهاز الكمبيوتر أو الهواتف الذكية، ولاسيما أيضا البريد الإلكتروني ورسائل الدردشة والمكالمات الهاتفية والاستماع للرسائل الصوتية، علاوة على ذلك يسمح لها اتخاذ القرارات فيما يتعلق بشأ حركة الاتصالات وكل ما يتعلق بالانصرافات و ابرام العقود او فسخها
لا نعم

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z. B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.
Ja Nein

وسائل الاعلام الرقمية

• يجوز لها الوصول الى جميع بياناتي ولاسيما حسابات المستخدمين (عل سبيل المثال في الشبكات الاجتماعية ومقدمي التجارة الالكترونية ومقدمي خدمات الدفع) بغض النظر عن وسيط الوصول (مثل جهاز الكمبيوتر الشخصي، والجهاز اللوحي او الهواتف الذكية، كما لها الحق في اتخاذ قرارات بشأن الاحتفاظ بهذا المحتوى او تغييره او حذفه. كما يسمح لها استخدام العديد من بيانات الوصول لهذا الغرض او طلبها
لا نعم

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.
Ja Nein

السلطات

• يجوز لها تمثيلي امام السلطات وشركات التأمين ومصحة المرافق الاجتماعية
لا نعم

Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.
Ja Nein

التمثيل امام المحاكم

• يسمح لها تمثيلي امام المحاكم والقيام باي نوع من أنواع التقاضي.
لا نعم

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.
Ja Nein

التوكيلات الجزئية

• يسمح لها في بعض الحالات الفردية منح توكيلات جزئية
لا نعم

Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.
Ja Nein

Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt.
Ja Nein

Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen.
Ja Nein

Weitere Regelungen

.....

.....

.....

.....
Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers

.....
Ort, Datum, Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers

(Aus: *Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter*, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-79609-8).

الصلاحيّة حتى بعد الموت

- انا اريد ان يستمر هذا التوكيل في الصلاحيّة حتى بعد الموت، الى ان ينقطه الورثة
 نعم لا

لوائح الدفن

- اريد انا ان يقوم الشخص الموكل بتولي مراسم دفني حسب رغيتي.
 نعم لا

توجيه الرعايَة

- اذا تطلب الامر وبرغم هذا التوكيل حتمية وجود ممثل قانوني (رعايَة قانونية)، اطلب انا تعيين الشخص الموثوق المشار اليه هنا بان يكون مسؤولا عن الرعايَة بي.
 نعم لا

المزيد من اللوائح

.....

.....

.....

.....
المكان، التاريخ توقيع مانح / مانحة التوكيل

.....
المكان، التاريخ توقيع الموكلَة / الموكل

(المصدر: العنايَة في حالات الحوادث، المرض، والعجز، مطبعة بيك، الترقيم: ٩٧٨٣٤٠٦٧٩٦٠٨٩)