



Zuhause in Wiesbaden.

VERSORGUNGSVOLLMACHT

FÜR DEN NOTFALL GUT VORBEREITET

Liebe Mieterinnen und Mieter,

im Alltag denkt man selten daran, was passiert, wenn man plötzlich nicht mehr selbst entscheiden oder handeln kann – sei es durch Krankheit, Unfall oder andere unvorhergesehene Umstände. Gerade in solchen Momenten ist es beruhigend zu wissen, dass eine vertraute Person im eigenen Sinne handeln darf und wichtige Angelegenheiten zuverlässig regeln kann.

Die Versorgungsvollmacht in diesem Mieterordner dient genau diesem Zweck: Sie ermöglicht es einer bevollmächtigten Person, im Ernstfall schnell und unkompliziert zu helfen – sei es bei der Kommunikation mit Ärzten, der Organisation von Pflege oder der Klärung von Wohnungsangelegenheiten mit dem Vermieter oder der Hausverwaltung.

Diese Vollmacht ist ein praktisches und verantwortungsvolles Instrument, das nicht nur die Selbstbestimmung stärkt, sondern auch Angehörige und Mitbewohner entlastet. Sie sollte gut zugänglich aufbewahrt und regelmäßig auf Aktualität geprüft werden.

Auf Wunsch können wir die Versorgungsvollmacht auf für Sie verwahren, in diesem Fall benötigen wir eine weitere unterschriebene **Datenschutzerklärung des Bevollmächtigten.** Bei Fragen, sprechen Sie uns gerne an.

GEGENSTAND DER VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, mich in folgenden Angelegenheiten zu vertreten:

Gesundheitliche Versorgung

- Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen
- Organisation häuslicher Pflege oder Betreuung
- Kommunikation mit Ärzten, Pflegepersonal und Krankenhäusern

Wohnungsangelegenheiten

- Kontakt mit Vermieter, Hausverwaltung oder Nachbarn
- Organisation notwendiger Reparaturen oder Wohnungszugang
- Kündigung oder Verlängerung des Mietvertrags im Notfall

Behördliche Angelegenheiten

- Vertretung gegenüber Behörden (z. B. Sozialamt, Rentenversicherung)
- Beantragung von Leistungen oder Unterstützung

Finanzielle Angelegenheiten (optional)

- Verwaltung von Konten und Zahlungen im Zusammenhang mit der Wohnung
- Zahlung von Miete, Nebenkosten oder Pflegeleistungen

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vollmachtgeber

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bevollmächtigter

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

GÜLTIGKEIT DER VOLLMACHT

Diese Vollmacht gilt ab dem _____ und bleibt gültig bis:

- sie schriftlich widerrufen wird
- der Vollmachtgeber verstirbt
- und über den Tod hinaus gültig

Ort, Datum und Unterschriften

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift Vollmachtgeber:

Unterschrift Bevollmächtigter (zur Kenntnisnahme):

www.gvv-wiesbaden.de