

Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Die nachfolgenden Angaben erleichtern uns die effiziente Vorbereitung der anstehenden Beurkundung Ihres Anliegens. Wir bitten Sie deshalb alle Angaben auszufüllen, damit wir Ihnen eine möglichst schnelle und gründliche Bearbeitung zusichern können. Sollten Sie fragen haben stehen wir Ihnen natürlich gerne für ein persönliches Beratungsgespräch zur Verfügung. Wir bedanken uns im Voraus für das in uns gesetzte Vertrauen und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.

Vollmachtgeber	
Name	
Vorname	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum/-ort	
Straße Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Beruf	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
Güterstand (falls verheiratet)	<input type="checkbox"/> ohne Ehevertrag verheiratet <input type="checkbox"/>

Bevollmächtigte	Bevollmächtigter 1	Bevollmächtigter 2	Bevollmächtigter 3
Name, Vorname			
ggf. Geburtsname			
Geburtsdatum			
Straße Hausnummer			
PLZ Ort			
Verwandtschaft zum Vollmachtgeber	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Rangfolge	<input type="checkbox"/> erstrangig bevollm. <input type="checkbox"/> gleichr. bevollmächtigt	<input type="checkbox"/> zweitrangig bevollm. <input type="checkbox"/> gleichr. bevollmächtigt	<input type="checkbox"/> drittrangig bevollm. <input type="checkbox"/> gleichr. Bevollmächtigt
Entscheidungsmacht	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten

Patientenverfügung	= Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen „um jeden Preis“
<input type="checkbox"/> gewünscht	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht

Entwurf an Antragssteller	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> wird abgeholt
---------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Terminwunsch	
--------------	--