

Angaben zur Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Die nachstehende Checkliste soll die effektive Vorbereitung der anstehenden Beurkundung erleichtern. Ich bitte Sie daher, die Liste soweit wie möglich auszufüllen und mir zurückzusenden. Für Fragen stehen Ihnen meine Mitarbeiter und ich zur Verfügung, gerne auch im Rahmen einer persönlichen Beratung. Ich bedanke mich schon im Voraus für Ihr Vertrauen und freue mich auf die weitere Zusammenarbeit.

Vollmachtgeber	
Name	
Vorname	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
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"/> anderer Güterstand, nämlich

Bevollmächtigte	Bevollmächtigter 1	Bevollmächtigter 2
Name		
Vorname		
ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum		
Straße Hausnummer		
PLZ Ort		
Verwandtschaftsverhältnis zum Vollmachtgeber	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Entscheidungsmacht	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten
Bevollmächtigte	Bevollmächtigter 3	Bevollmächtigter 4
Name		
Vorname		

ggf. Geburtsname		
Geburtsdatum		
Straße Hausnummer		
PLZ Ort		
Verwandtschaftsverhältnis zum Vollmachtgeber	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Entscheidungsmacht	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
Grds. Bereitschaft zur Organspende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ärztliche Beratung hierzu vorab	<input type="checkbox"/> ja, durch _____ <input type="checkbox"/> nein, diese wird <u>nicht</u> in Anspruch genommen

Ich/Wir bitte/n um Erstellung und Übersendung des Entwurfs per		
<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> an Auftrageber/in	<input type="checkbox"/> an
<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> an Auftrageber/in	<input type="checkbox"/> an

Terminwunsch

Mir/Uns ist bekannt, dass die Erstellung des Entwurfes - sofern eine Beurkundung nicht erfolgt - mit Kosten verbunden ist. Für den Fall, dass die Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung nicht beurkundet wird, trage/n ich/wir die mit der Entwurfserstellung verbundenen Kosten.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Auftrageber/in)