

## Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Die nachstehende Checkliste soll Ihnen und uns die effektive Vorbereitung der anstehenden Beurkundung erleichtern. Wir bitten Sie daher, die Liste soweit wie möglich auszufüllen und an uns zu übermitteln. Für Fragen stehen wir Ihnen natürlich jederzeit zur Verfügung, gerne auch im Rahmen einer persönlichen Beratung. Wir bedanken uns schon im Voraus für Ihr Vertrauen und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.

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

<b>Bevollmächtigte</b>	<b>Bevollmächtigter 1</b>	<b>Bevollmächtigter 2</b>	<b>Bevollmächtigter 3</b>
<b>Vornamen, Name</b>			
<b>ggf. Geburtsname</b>			
<b>Geburtsdatum</b>			
<b>Straße Hausnummer</b>			
<b>PLZ Ort</b>			
<b>Verwandtschaft zum Vollmachtgeber</b>	<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"/>
<b>Rangfolge</b>	<input type="checkbox"/> erstrangig bevollm. <input type="checkbox"/> gleichrangig bevollm.	<input type="checkbox"/> zweitrangig bevollm. <input type="checkbox"/> gleichrangig bevollm.	<input type="checkbox"/> drittrangig bevollm. <input type="checkbox"/> gleichrangig bevollm.
<b>Entscheidungsmacht</b>	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weite- rem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weite- rem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weite- rem Bevollmächtigten

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

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

<b>Terminwunsch</b>	
---------------------	--