

Formulare des Vorsorge-Sets

Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht umfasst 4 Blätter.

Innenverhältnisregelung

Die Innenverhältnisregelung umfasst 3 Blätter.

Betreuungsverfügung

Die Betreuungsverfügung umfasst 2 Blätter.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung umfasst 6 Blätter.

Deckblatt für den Notfallordner

Vorsorgevollmacht

Ich,



(ggf. Titel) Vorname Name (im Folgenden: Vollmachtgeber/in)

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

bevollmächtigte hiermit:



(ggf. Titel) Vorname Name (im Folgenden: Bevollmächtigte/r)

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Er/Sie vertritt mich in folgenden Angelegenheiten:

1. Gesundheit



Ja
☐

Nein
☐

1.1 Ich entbinde Ärzte und sonstige Mitarbeiter von Praxen und Krankenhäusern von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten. Er/Sie soll und darf alle mich betreffenden Krankenunterlagen einsehen und die Übermittlung an Dritte bewilligen.



Ja
☐

Nein
☐

1.2 Der/Die Bevollmächtigte darf mich gegenüber Ärzten, Praxen und Krankenhäusern vertreten und über alle Fragen zu Gesundheit und Behandlung entscheiden.

Datum, Unterschrift Vollmachtgeber/in für Blatt 1 von 4

Ja
☐Nein
☐

1.3 Er/Sie darf auch in ärztliche Behandlungen und Untersuchungen einwilligen, wenn diese oder mögliche Komplikationen lebensgefährlich sind oder schwere und/oder dauerhafte Gesundheitsschäden drohen. Ebenso darf er/sie die Einwilligung in solche Behandlungen verweigern oder widerrufen. Das gilt auch für das Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder oder -erhaltender Maßnahmen (§1904 Abs. 1 und Abs. 2 BGB.)

Ja
☐

1.4 Er/Sie soll dabei meinen in der Patientenverfügung niedergelegten Willen durchsetzen.

2. Pflege

Ja
☐Nein
☐

Der/Die Bevollmächtigte darf mich gegenüber Pflegern und Pflegeeinrichtungen vertreten. Er/Sie darf über alle Einzelheiten ambulanter oder stationärer Pflege entscheiden.

3. Freiheitsbeschränkung

Ja
☐Nein
☐

3.1 Der/Die Bevollmächtigte darf über die Unterbringung mit Freiheitsentzug und über Freiheitsbeschränkungen wie Bettgitter, Fixierungen, Ruhigstellung mit Medikamenten entscheiden (§1906 Abs. 1 und Abs. 4 BGB).

Ja
☐Nein
☐

3.2 Die Vollmacht umfasst auch die Befugnis, in die Durchführung einer ärztlichen Maßnahme gegen den natürlichen Willen des Vollmachtgebers (ärztliche Zwangsmaßnahme nach §1906 Abs. 3 BGB) einzuwilligen.



4. Wohnung / Aufenthalt

Ja
☐Nein
☐

4.1 Der/Die Bevollmächtigte darf bestimmen, wo ich mich aufhalte.

Ja
☐Nein
☐

4.2 Er/Sie darf alle Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung bis hin zur Kündigung und Neuanmietung wahrnehmen.

Ja
☐Nein
☐

4.3 Er/Sie darf den Haushalt auflösen.

Ja
☐Nein
☐

4.4 Er/Sie darf auch einen Heimvertrag für mich abschließen und wieder kündigen.



5. Behörden

Ja
☐Nein
☐

Der/Die Bevollmächtigte darf mich gegenüber allen Behörden einschließlich der Finanzämter, Renten- und Sozialversicherungsträger vertreten und ist berechtigt, Zustellungen und Leistungen entgegenzunehmen, Anträge zu stellen und Widerspruch oder Einspruch zu erheben.



6. Justiz

Ja
☐Nein
☐

Der/Die Bevollmächtigte darf und soll mich gegenüber allen Gerichten vertreten und alle Prozessrechte und -pflichten wahrnehmen. Er/Sie darf Rechtsanwälte zur Wahrnehmung meiner Interessen beauftragen. Diese und ihre Mitarbeiter entbinde ich von der Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten.

7. Kommunikation

Ja
☐Nein
☐

7.1 Der/Die Bevollmächtigte darf alle an mich gerichteten Briefe und Postsendungen annehmen und öffnen, auch wenn sie mit dem Vermerk „Eigenhändig“ oder „Persönlich“ versehen sind.

Ja
☐Nein
☐

7.2 Er/Sie darf meine Handy-, Telefon-, Internet- und Fernsehverträge kündigen sowie neue Verträge abschließen. Er/Sie darf auf alle im Zusammenhang mit der Nutzung gespeicherten Daten zugreifen sowie sie ändern und löschen (lassen).

Ja
☐Nein
☐

7.3 Er/Sie darf auf alle Daten zugreifen, sie ändern und löschen, die bei der Nutzung des Internets einschließlich sozialer Netzwerke, E-Mail und ähnlicher Angebote gespeichert wurden.

8. Versicherungen

Ja
☐Nein
☐

8.1 Der/Die Bevollmächtigte darf die Rechte und Pflichten aus meinen Versicherungsverträgen wahrnehmen.

Ja
☐Nein
☐

8.2 Er/Sie darf die Verträge auch kündigen und neue abschließen.

9. Banken und Sparkassen

Ja
☐Nein
☐

9.1 Der/Die Bevollmächtigte darf mich gegenüber allen Banken, Sparkassen, Fondsgesellschaften, Wertpapierdienstleistern und ähnlichen Unternehmen vertreten. Er/Sie darf auch Konten, Depots und ähnliche Verträge kündigen, neu eröffnen und abschließen.

Ja
☐Nein
☐

9.2 Er/Sie ist berechtigt, bestehende Kontovollmachten zu widerrufen.

Ja
☐Nein
☐

9.3 Ich habe die Bevollmächtigung zusätzlich auf dem von meiner Bank dafür vorgesehenen Formular erteilt.

10. Vermögen

Ja
☐Nein
☐

10.1 Der/Die Bevollmächtigte darf und soll mein Vermögen verwalten. Er/Sie ist berechtigt, Erklärungen aller Art abzugeben, insbesondere über bewegliche und unbewegliche Vermögensgegenstände zu verfügen, diese zu veräußern oder neu zu erwerben.

Ja
☐Nein
☐

10.2 Er/Sie darf Schenkungen nur vornehmen, soweit sie einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprechen und sie einem Betreuer rechtlich gestattet sind.



11. Einschränkungen

Der/Die Bevollmächtigte darf mich in folgenden Angelegenheiten nicht vertreten:



12. Untervollmacht

Ja
☐

Nein
☐

Der/Die Bevollmächtigte darf für die Wahrnehmung einzelner Angelegenheiten einen Untervollmächtigten benennen. Untervollmacht darf auch an Rechtsanwälte, Steuerberater und Notare sowie deren Angestellte erteilt werden.



13. Dauer der Bevollmächtigung

Ja
☐

Nein
☐

Diese Vollmacht ist so lange wirksam, bis ich sie widerrufe. Sie bleibt auch wirksam, wenn ich geschäftsunfähig werden sollte. Sie soll auch nach meinem Tod in Kraft bleiben, bis mein/e Erbe/n die Vollmacht widerruft/widerrufen.

14. Betreuung



Ja
☐

Nein
☐

14.1 Die Vollmacht soll die gerichtliche Anordnung einer Betreuung verhindern. Für den Fall, dass das Gericht eine Betreuung dennoch einrichten muss, soll der/die genannte Bevollmächtigte als Betreuer bestellt werden.



Ja
☐

Nein
☐

14.2 Ich habe zusätzlich eine Betreuungsverfügung verfasst.

Unterschriften



Vollmachtgeber/in, Ort, Datum, Unterschrift

Bevollmächtigte/r, Ort, Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift Vollmachtgeber/in für Blatt 4 von 4

Innenverhältnisregelung zwischen Vollmachtgeber und Bevollmächtigtem

Nachfolgende Vereinbarung regelt die Anwendung der Vorsorgevollmacht des/der

_____ (im Nachfolgenden Vollmachtgeber genannt)

vom _____ (Datum der Vorsorgevollmacht)

im Innenverhältnis zwischen dem Vollmachtgeber und dem/der Bevollmächtigten (im Nachfolgenden Bevollmächtigter genannt). Die im Außenverhältnis uneingeschränkt gültige Vollmacht darf der Bevollmächtigte nur in dem nachfolgend angekreuzten und ausgefüllten Umfang nutzen.



1. Beginn der Vertretung


☐

1. 1 Der Bevollmächtigte verpflichtet sich gegenüber dem Vollmachtgeber, von der Vollmacht allein in dessen Interesse und zu dessen Wohlergehen und nur dann Gebrauch zu machen, wenn der Vollmachtgeber vorübergehend oder auf Dauer nicht selbst in der Lage ist, seine Angelegenheiten zu regeln.


☐

1. 2 Der Eintritt einer Entscheidungsunfähigkeit und/oder Geschäftsunfähigkeit muss durch ärztliches Attest festgestellt werden.



2. Mehrere Bevollmächtigte


☐

2. 1 Der Bevollmächtigte

(Vorname Name, Geburtsdatum, Geburtsort)

soll primär alle Aufgaben als Bevollmächtigter wahrnehmen.

Erst wenn er nicht mehr in der Lage ist, die Vollmacht auszuüben, oder Unterstützung wünscht, soll der Bevollmächtigte

(Vorname Name, Geburtsdatum, Geburtsort)

an seiner Stelle handeln.


☐

2. 2 Der Bevollmächtigte

(Vorname Name, Geburtsdatum, Geburtsort)

soll sich ausschließlich um die finanziellen Angelegenheiten des Vollmachtgebers kümmern.

☐

Der Bevollmächtigte

(Vorname Name, Geburtsdatum, Geburtsort)

soll den Vollmachtgeber in allen persönlichen Angelegenheiten vertreten, insbesondere in Gesundheitsfragen.

- ☐ Bei Überschneidungen der Aufgaben oder Unstimmigkeiten soll abschließend der Bevollmächtigte

(Vorname Name, Geburtsdatum, Geburtsort)

die Entscheidung treffen.



- ☐ 2.3 Die Bevollmächtigten sind nicht berechtigt, ihre Vollmachten gegenseitig zu widerrufen.

3. Gesundheitsangelegenheiten und Pflege



- ☐ 3.1 Der Bevollmächtigte muss bei Vertretung in medizinischen Angelegenheiten die Vorstellungen des Vollmachtgebers berücksichtigen. Der in einer Patientenverfügung niedergelegte Wille ist zu beachten und – notfalls mit gerichtlicher Hilfe – gegenüber Ärzten und Pflegeheimen durchzusetzen.



- ☐ 3.2 Das Einkommen und Vermögen des Vollmachtgebers sind für die bestmögliche Pflege einzusetzen, auch über die Grenzen der gesetzlichen Unterhaltspflicht hinaus.



- ☐ 3.3 Der Bevollmächtigte soll sicherstellen, dass der Vollmachtgeber sein Leben möglichst bei weitgehender Eigenständigkeit in seiner vertrauten Umgebung realisieren kann.



- ☐ 3.4 Bei Bedarf soll der folgende Pflegedienst beauftragt werden:

Name, Adresse, Telefon, E-Mail-Adresse



- ☐ 3.5 Sollte eine ambulante Pflege nicht (mehr) möglich sein, sollen die Bevollmächtigten den Vollmachtgeber möglichst in folgender Einrichtung unterbringen:

Name, Adresse, Telefon, E-Mail-Adresse

4. Finanzen und Geschenke



- ☐ 4.1 Der Bevollmächtigte soll aus dem Einkommen des Vollmachtgebers folgende (regelmäßige) Zahlungen und/oder Geldzuwendungen an folgende Personen vornehmen:

(Betrag, Person, Grund, Häufigkeit)



4.2 Der Bevollmächtigte soll für seine Tätigkeit eine pauschale Aufwandsentschädigung in Höhe von _____ Euro pro Monat aus dem Einkommen des Vollmachtgebers erhalten.



5. Sonstige Regelungen



Unterschriften

Vollmachtgeber

Vorname Name, Geburtsdatum und Geburtsort

Ort, Datum, Unterschrift

Bevollmächtigter

Vorname Name, Geburtsdatum und Geburtsort

Ort, Datum, Unterschrift

Bevollmächtigter

Vorname Name, Geburtsdatum und Geburtsort

Ort, Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift Vollmachtgeber/in für Blatt 3 von 3

Betreuungsverfügung



Für den Fall, dass ich,

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse



wegen Krankheit, Behinderung, den Folgen eines Unfalls oder anderen Umständen in die Lage gerate, mich nicht mehr selbst um meine Angelegenheiten kümmern zu können, und deshalb ein Betreuer als gesetzlicher Vertreter zu bestellen ist, schlage ich vor, zum Betreuer/zur Betreuerin zu bestellen:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

oder

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Datum, Unterschrift Verfügende/r für Blatt 1 von 2



Folgende Person/en lehne ich als Betreuer ab:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

und

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort



Sollte ich eine Patientenverfügung haben, muss der/die Betreuer/in dafür sorgen, dass ich entsprechend behandelt werde.



Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift Verfügende/r



Zeuge/Zeugin

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Ich bestätige hiermit, dass der/die Verfügende die Regelung im Bewusstsein ihrer Bedeutung vorgenommen hat und dabei keine Zweifel an seiner/ihrer Geschäftsfähigkeit bestanden haben.

Zeuge/Zeugin, Ort, Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift Verfügende/r für Blatt 2 von 2

Patientenverfügung



Wenn ich,

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort



zur Willensbildung oder verständlichen Äußerung meines Willens nicht mehr in der Lage bin, sollen Ärzte und Pfleger mich entsprechend der nachfolgenden Verfügung behandeln und pflegen.



1. In Todesnähe

Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach in einem nicht mehr abwendbaren Sterbeprozess befinde, verlange ich,


☐

1. 1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,


☐

1. 2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,


☐

1. 3 mich nicht künstlich zu ernähren,


☐

1. 4 mich nicht künstlich zu beatmen,


☐

1. 5 die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,


☐

1. 6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,


☐

1. 7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.



Zutreffendes habe
ich angekreuzt, nicht
zutreffende Zeile(n)
durchgestrichen

2. Bei unheilbarer Krankheit im Endstadium

Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach im Endstadium einer tödlich verlaufenden Krankheit befinde, verlange ich, auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist,

☐

2. 1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den tödlichen Verlauf meiner Erkrankung verzögern,

☐

2. 2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,

☐

2. 3 mich nicht künstlich zu ernähren,

☐

2. 4 mich nicht künstlich zu beatmen,

☐

2. 5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,

☐

2. 6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,

☐

2. 7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.



3. Bei Hirnschädigung

Wenn zwei in der Behandlung derartiger Fälle erfahrene Ärzte unabhängig voneinander zu dem Ergebnis kommen, dass ich wegen einer Gehirnschädigung etwa durch Unfall, Schlaganfall oder Entzündung oder infolge eines Herz-Kreislauf-Stillstands die Fähigkeit, bewusste Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich verloren habe, verlange ich die unten angekreuzten Maßnahmen, auch wenn nicht absehbar ist, wann ich sterben werde. Dies gilt auch, wenn nicht völlig auszuschließen ist, dass ich das Bewusstsein noch einmal wiedererlangen würde.

Zutreffendes habe
ich angekreuzt, nicht
zutreffende Zeile(n)
durchgestrichen

☐

3. 1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,

☐

3. 2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen,

☐

3. 3 mich nicht künstlich zu ernähren,

☐

3. 4 mich nicht künstlich zu beatmen,

☐

3. 5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,

☐

3. 6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,

☐

3. 7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.



Zutreffendes habe ich angekreuzt, nicht zutreffende Zeile(n) durchgestrichen

4. Bei Hirnabbau

Wenn mein Gehirn durch Abbauprozesse wie etwa Demenz so weit beeinträchtigt ist, dass ich nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und/oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg zu mir zu nehmen, selbst mithilfe Dritter, verlange ich,

☐

4. 1 auf Maßnahmen zu verzichten, die bloß den Eintritt des Todes verzögern,

☐

4. 2 bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand keine Wiederbelebensmaßnahmen zu ergreifen,

☐

4. 3 mich nicht künstlich zu ernähren,

☐

4. 4 mich nicht künstlich zu beatmen,

☐

4. 5 die Zufuhr von Flüssigkeit nach dem Ermessen der Ärzte zu verringern,

☐

4. 6 durch Mundpflege, Erhöhung der Luftfeuchtigkeit und ähnliche Maßnahmen das Durstgefühl zu stillen,

☐

4. 7 Luftnot, Schmerzen, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen entgegenzuwirken und mir dazu geeignete Medikamente zu geben, auch wenn dies die Lebenszeit unter Umständen verkürzt.



5. Organspende

Ja

☐

Nein

☐

Ich bin bereit zu Organspenden und habe einen Organspendeausweis. Es ist mir bewusst, dass Organe nur nach Feststellung des Hirntods entnommen werden können, wobei bis dahin der Kreislauf künstlich aufrechterhalten bleiben muss. Deshalb gestatte ich ausnahmsweise für den Fall, dass bei mir eine Organspende medizinisch infrage kommt, die kurzfristige (Stunden bis höchstens wenige Tage umfassende) Durchführung intensivmedizinischer Maßnahmen zur Bestimmung des Hirntods bis zur anschließenden Organentnahme.

6. Vorsorgevollmacht / Betreuung



Ja

☐

Nein

☐

6.1 Ich habe neben dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt meiner Patientenverfügung mit meinem/meiner Bevollmächtigten besprochen und ihm/ihr eine Kopie ausgehändigt:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

und

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Der/Die Bevollmächtigte ist verpflichtet, diese Patientenverfügung umzusetzen. Ich entbinde Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen den Bevollmächtigten gegenüber von ihrer Schweigepflicht.



Ja

☐

Nein

☐

6.2 Sofern das Betreuungsgericht einen Betreuer eingesetzt hat, ist dieser verpflichtet, die Verfügung umzusetzen.



7. Widerruf und Änderung

Diese Patientenverfügung gilt, bis ich sie widerrufe oder eine andere Patientenverfügung aufsetze.



8. Seelsorge und Beistand

Ja

☐

Nein

☐

Ich bin Mitglied der evangelischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand.

Ja

☐

Nein

☐

Ich bin Mitglied der römisch-katholischen Kirche und bitte um geistlichen Beistand.

Ja

☐

Nein

☐

Ich bin Mitglied der folgenden Glaubensgemeinschaft und bitte um deren geistlichen Beistand:

Ja

☐

Nein

☐

Ich bitte darum, bei einem Hospizverein um Beistand für mich nachzusuchen.

Ja

☐

Nein

☐

Ich wünsche eine Begleitung durch:



9. Bei dieser Patientenverfügung wurde ich beraten von:

(ggf. Titel) Vorname Name

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Ich habe mit dem/der Verfügenden über seine/ihre Anweisungen für den Fall der oben in Punkt 1–4 genannten Erkrankungen gesprochen. Er/Sie war bei der Entscheidung über die Patientenverfügung bei klarem Bewusstsein und hat seinen/ihren Willen hier durchdacht und in Kenntnis der Konsequenzen geäußert.

Ort, Datum, Unterschrift



10. Arzt meines Vertrauens ist:

(ggf. Titel) Vorname Name

Straße Hausnummer, Postleitzahl Ort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse



11. Abschlusserklärung und Unterschrift

Ich habe diese Patientenverfügung nach reiflicher Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts ausgefüllt.

Ort, Datum, Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung



Ich habe meine Patientenverfügung überprüft und bestätige ihre Gültigkeit:

Ort, Datum

Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

Ort, Datum

Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

Ort, Datum

Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

Ort, Datum

Unterschrift Verfasser/in der Patientenverfügung

Meine Vorsorgedokumente

Name, Geburtsdatum, Geburtsort

Aufbewahrungsort für diesen Ordner ist: Genaue Beschreibung des Standorts, einschließlich Adresse

Niemand soll ihn von dort wegnehmen; sofern nötig, können einzelne Dokumente wie die Vorsorgevollmacht entnommen werden. Sie sind unverzüglich nach Gebrauch wieder zurückzulegen.

Ja ☐ Nein ☐ Die Dokumente darin sind im Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (www.vorsorgeregister.de) registriert. Wird es nötig, den Aufbewahrungsort für den Ordner mit den Notfalldokumenten zu ändern, ist das Vorsorgeregister zu informieren.

Wenn der Aufbewahrungsort für die Dokumente geändert wird, sind zu informieren:

Bevollmächtigte / r: Name, Adresse, Telefon

Bevollmächtigte / r: Name, Adresse, Telefon

Notar: Name, Adresse, Telefon

Arzt meines Vertrauens: Name, Adresse, Telefon

Dieser Ordner enthält:

Vorsorgevollmacht vom

am	entnommen von:		zurückgelegt am:	
----	----------------	--	------------------	--

Innenverhältnisregelung vom

am	entnommen von:		zurückgelegt am:	
----	----------------	--	------------------	--

Betreuungsverfügung vom

am	entnommen von:		zurückgelegt am:	
----	----------------	--	------------------	--

Patientenverfügung vom

am	entnommen von:		zurückgelegt am:	
----	----------------	--	------------------	--