

**Vorsorgevollmacht**

am

um

Uhr

**1. Vollmachtgeber**

Dolmetscher benötigt

Name	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Rufname	<input type="text"/>
Geb.datum	<input type="text"/>	Geb.ort	<input type="text"/>
Straße Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>	Mobitel.	<input type="text"/>
Güterstand	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

\* Mit Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie Ihr Einverständnis dazu, dass Ihnen Entwürfe und sonstiger Schriftverkehr elektronisch übermittelt werden.

**Ehegatte / Lebenspartner**

Dolmetscher benötigt

Name	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Rufname	<input type="text"/>
Geb.datum	<input type="text"/>	Geb.ort	<input type="text"/>
Straße Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Nationalität	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>	Mobitel.	<input type="text"/>
Güterstand	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>

\* Mit Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie Ihr Einverständnis dazu, dass Ihnen Entwürfe und sonstiger Schriftverkehr elektronisch übermittelt werden.

## 2. Vollmachtnehmer

### 1. Bevollmächtigter

Name	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Geb.datum	<input type="text"/>
Straße Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

### 2. Bevollmächtigter

Name	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Geb.datum	<input type="text"/>
Straße Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

### 3. Bevollmächtigter

Name	<input type="text"/>	Vorname(n)	<input type="text"/>
Geburtsname	<input type="text"/>	Geb.datum	<input type="text"/>
Straße Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

**Bei weiteren Bevollmächtigten dieses Blatt bitte mehrmals ausdrucken.**

mehrere Vollmachtnehmer dürfen nur gemeinsam handeln

es wird eine Patientenverfügung gewünscht