



GENERAL- UND VORSORGEVOLLMACHT,
PATIENTENVERFÜGUNG

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

1. VOLLMACHTGEBER

	Vollmachtgeber 1	Vollmachtgeber 1
Vor- und Nachname		
ggfls. Geburtsname		
Geburtsdatum- und Ort		
Postanschrift		
Güterstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesetzl. Güterstand <input type="checkbox"/> Gütertrennung <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesetzl. Güterstand <input type="checkbox"/> Gütertrennung <input type="checkbox"/> Gütergemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Tel/Fax/Mail		
Staatsangehörigkeit		

2. VOLLMACHTNEHMER

	Vollmachtnehmer 1	Vollmachtnehmer 2
Vor- und Nachname		
ggfls. Geburtsname		
Geburtsdatum		
Postanschrift		



Tel/Fax/Mail		
--------------	--	--

	Vollmachtnehmer 3	Vollmachtnehmer 4
Vor- und Nachname		
ggfls. Geburtsname		
Geburtsdatum		
Postanschrift		
Tel/Fax/Mail		

3. PATIENTENVERFÜGUNG

Ja nein

Kontaktperson für den Notar:

Vorname: _____ **Nachname:** _____

Telefonnummer: _____ **Mailadresse:** _____

Sind alle Beteiligten der deutschen Sprache hinreichend mächtig?

ja nein (*Dolmetscher notwendig*)

Sind alle Beteiligten geschäftsfähig?

ja nein (*gerichtliche Betreuung angeordnet*)

Besteht zwischen den Beteiligten ein Verwandtschaftsverhältnis?

Falls ja, inwiefern?

nein ja, und zwar

Wir bitten um Übersendung eines Entwurfes an: per Mail postalisch

(E-Mail Adressen bzw. Adressen bitte Angeben)



PROF. DR. PETER LIMMER
DR. WOLFGANG FRIEDERICH

Notare

Hinweis Datenschutz: *Mit der Übermittlung der Daten willigt der Betroffene in die Verarbeitung und Speicherung seiner Daten zum Zwecke der Vertragserstellung und Abwicklung ein. Genaue Informationen zur Datenverarbeitung können in der offiziellen Datenschutzerklärung ersehen werden.*

....., *den*

Unterschriften(en)