



MARIA KÖRNER
NOTARIN

Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

	Vollmachtgeber	Bevollmächtigter 1	Bevollmächtigter 2	Bevollmächtigter 3
Name				
Vorname				
ggf. Geburtsname				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnummer				
PLZ, Ort				
Telefon				
E-Mail				
Fax				
Staatsangehörigkeit				
	Familienstand Vollmachtgeber <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Verhältnis zum Vollmachtgeber <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Verhältnis zum Vollmachtgeber <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	Verhältnis zum Vollmachtgeber <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>

	Inhalt
Rangfolge	<input type="checkbox"/> Kind(er) entscheidet/n, wenn Ehepartner/Lebenspartner verhindert
Patientenverfügung	Schmerzfrees Sterben am Lebensende und keine Lebensverlängerung „um jeden Preis“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Organspender	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Terminwunsch	
Entwurf	<input type="checkbox"/> Abholung <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Post an:

Wir bitten Sie, die Checkliste soweit wie möglich auszufüllen und an uns zurückzuleiten.
Sie können das Dokument per E-Mail, Post, Fax übermitteln oder persönlich abgeben.
Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.