



Notare  
Dr. Ursula Philipp LL.M.  
Dr. Ingmar Wolf

Weißburger Straße 6  
85072 Eichstätt  
Telefon 08421 / 90 999 - 0  
Telefax 08421 / 90 999 - 33  
e-mail: kanzlei@notare-eichstaett.de

## Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

| Vollmachtgeber  |   |
|---|---|
| <b>Name</b><br><input type="text"/>   | <b>(alle) Vorname(n)</b><br><input type="text"/>  |
| <b>ggf. Geburtsname</b><br><input type="text"/>   | <b>Geburtsort</b><br><input type="text"/>   |
| <b>Geburtsdatum</b><br><input type="text"/>   | <b>Adresse</b><br><input type="text"/>  |
| <b>Telefon</b><br><input type="text"/>  | <b>E-Mail</b><br><input type="text"/>   |
| <b>Güterstand</b><br><input type="checkbox"/> unverheiratet<br><input type="checkbox"/> verheiratet<br><input type="checkbox"/> verwitwet | <b>(falls verheiratet)</b><br><input type="checkbox"/> ohne Ehevertrag verheiratet (nach deutschem Recht)<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/><br>(Falls Ehevertrag vorhanden, bitte vorab eine Kopie übermitteln.) |

| Bevollmächtigte   | 1   | 2   |
|---|---|---|
| <b>Name</b>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| <b>(alle) Vorname(n)</b>                                      | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| <b>ggf. Geburtsname</b>                                       | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| <b>Geburtsdatum</b>   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| <b>Adresse</b>  | <input type="text"/><br><input type="text"/>  | <input type="text"/><br><input type="text"/>  |
| <b>Verwandtschafts-<br/>verhältnis zum<br/>Vollmachtgeber</b> | <input type="checkbox"/> Ehepartner<br><input type="checkbox"/> Kind<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ehepartner<br><input type="checkbox"/> Kind<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> |

Falls noch weitere Bevollmächtigte gewünscht werden:

| Bevollmächtigte                                      | 3   | 4   |
|--|---|---|
| Name   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| (alle) Vorname(n)                                    | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| ggf. Geburtsname                                     | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Geburtsdatum   | <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| Adresse  | <input type="text"/><br><input type="text"/>  | <input type="text"/><br><input type="text"/>  |
| Verwandtschafts-<br>verhältnis zum<br>Vollmachtgeber | <input type="checkbox"/> Ehepartner<br><input type="checkbox"/> Kind<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ehepartner<br><input type="checkbox"/> Kind<br><input type="checkbox"/> <input type="text"/> |

| Interne Rangfolge der Bevollmächtigung   |
|--|
| <input type="checkbox"/> zunächst der Ehepartner, danach die Kinder gleichrangig<br><input type="checkbox"/> zunächst der Bevollmächtigte 1, danach die Bevollmächtigten 2, 3 und 4 etc<br><input type="checkbox"/> alle Bevollmächtigten gleichrangig |

| Patientenverfügung  |
|---|
| <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht |

| Besonderheiten/Anmerkungen                              |
|---|
| <input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/> |

| Entwurfsversand  |
|--|
| <input type="checkbox"/> per Post <input type="checkbox"/> per E-Mail (an oben<br>angegebene E-Mail-Adresse) <input type="checkbox"/> An folgende E-Mail-Adresse: <input style="width: 150px;" type="text"/> |