



Vorsorgevollmacht & Patientenerklärung

1. Vollmachtgeber

Daten Vollmachtgeber	
Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Adresse (Straße, HS-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	
E-Mail oder Telefax	
Immobilienvermögen vorhanden?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA, Wert ca. € _____
Sind Sie an Gesellschaften beteiligt? <small>(wenn ja wäre der Gesellschaftsvertrag zu prüfen und die HR-Nummer zu nennen)</small>	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA: eingetragen im Handelsregister von _____ zur HR-Nummer: _____ Wert: _____ EUR
Sonstiges Vermögen/Barvermögen	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA und zwar: _____ Wert: _____ EUR

2. Bevollmächtigte Person

Daten Vollmachtnehmer	
Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	

Adresse (Straße, HS-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	
E-Mail oder Telefax	
Sofern mehrere Bevollmächtigte benannt wurden. Soll es zwischen den Bevollmächtigten ein Rangverhältnis geben?	<input type="checkbox"/> NEIN alle Bevollmächtigten sollen gleichrangig sein! <input type="checkbox"/> JA, dieser Bevollmächtigte soll sein <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hauptbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 1. Ersatzbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 2. Ersatzbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 3. Ersatzbevollmächtigter

3. Weiterer Bevollmächtigter (sofern gewünscht)

Daten Vollmachtnehmer	
Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Adresse (Straße, HS-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	
E-Mail oder Telefax	
Sofern mehrere Bevollmächtigte benannt wurden. Soll es zwischen den Bevollmächtigten ein Rangverhältnis geben?	<input type="checkbox"/> NEIN alle Bevollmächtigten sollen gleichrangig sein! <input type="checkbox"/> JA, dieser Bevollmächtigte soll sein <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hauptbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 1. Ersatzbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 2. Ersatzbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 3. Ersatzbevollmächtigter



4. Zweiter weiterer Bevollmächtigter (sofern gewünscht)

Daten Vollmachtnehmer	
Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Adresse (Straße, HS-Nr., PLZ, Ort)	
Telefon	
E-Mail oder Telefax	
Sofern mehrere Bevollmächtigte benannt wurden. Soll es zwischen den Bevollmächtigten ein Rangverhältnis geben?	<input type="checkbox"/> NEIN alle Bevollmächtigten sollen gleichrangig sein! <input type="checkbox"/> JA, dieser Bevollmächtigte soll sein <input type="checkbox"/> Hauptbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 1. Ersatzbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 2. Ersatzbevollmächtigter <input type="checkbox"/> 3. Ersatzbevollmächtigter

5. Hinterlegung der Daten

Damit ein Gericht die Vollmacht nicht übersieht und versehentlich ein Betreuungsverfahren in Gang setzt, wodurch es zu erheblichen Belastungen für den Hilfsbedürftigen kommt, sollte die Vollmacht registriert werden. Hierzu steht **das elektronische Register der Bundesnotarkammer für Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen** zur Verfügung. Hier nehmen Gerichte zu Beginn eines Betreuungsprüfverfahrens Einsicht und können bei Hinterlegung einer Telefonnummer sofort Kontakt mit dem Bevollmächtigten aufnehmen. Das Betreuungsverfahren kann damit umgangen werden. Einmalige Kosten ca. 15,00 EUR.

Hinterlegung der Daten gewünscht.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------



6. Organspende

Es kann sinnvoll sein sich zur Frage der Organspende zu äußern. So wird es der bevollmächtigten Vertrauenspersonen leichter gemacht, sofern diese mit der Frage durch das ärztliche Fachpersonal konfrontiert wird.

Ich bin mit einer Organspende einverstanden.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<input type="checkbox"/> ich will mich hierzu nicht äußern.	

7. Patientenerklärung/Patientenverfügung

Wird eine Patientenerklärung gewünscht?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
---	-----------------------------	-------------------------------

Wir werden Ihnen im Entwurf eine Anzahl von **Behandlungssituation** für diese Verfügung nebst der üblichen **Festlegung zur Einleitung, Umfang oder Beendigung bestimmter ärztlicher Maßnahmen** vorgeben. Sofern eines dieser Regelungen von Ihnen nicht gewünscht wird, können Sie die Maßnahme/Situation im Entwurf durchstreichen und uns informieren. Diese Möglichkeit besteht auch noch während der Beurkundung.

Entwurf erbeten an	
an _____	<input type="radio"/> per Post <input type="radio"/> per Mail <input type="radio"/> per Fax unter der Adresse/Fax-Nr./Mailadresse: _____



(Unterschrift)

Bitte senden Sie diesen Vordruck so weit wie möglich ausgefüllt an

Kornobis • Bade • Waldeck

Notare & Rechtsanwälte

Bahnhofstraße 50

22880 Wedel

Telefon: 04103 92080

Telefax 04103 920811

E-Mail: info@recht-wedel.de

Sie erhalten in Kürze die erbetenen Entwürfe.

Einen Beurkundungstermin bitte ich telefonisch mit meinem Büro zu vereinbaren.

Vielen Dank für Ihren Auftrag.

Ihr Notare

Ralf Kornobis und Diana Bade