



klein sarris saraf
partnerschaft mbB

klein sarris saraf
partnerschaft mbB rechtsanwälte notare
Willy-Brandt-Allee 18
65197 Wiesbaden

Tel: 0611 - 1 66 66-0
Fax: 0611 - 1 66 66-77
Email: info@ranowi.de
Homepage: www.ranowi.de

Vorsorgevollmacht

Dieses Datenblatt dient der Vorbereitung der von Ihnen beabsichtigten Beurkundung. Bitte füllen Sie es aus, soweit Sie können und senden Sie es uns vorab zu. Sollten die Felder nicht ausreichen, können Sie gerne auch weitere Seiten als Anlagen beifügen. Bitte beachten Sie, dass bereits die Beauftragung eines Entwurfes nach den gesetzlichen Bestimmungen Kosten auslöst.

Bitte bringen Sie zum Besprechungs- bzw. Beurkundungstermin jeweils Ihre Geburtsurkunde (Original) mit. Die Daten benötigen wir zur Registrierung Ihres Testaments im Zentralen Vorsorgeregister.

Vollmachtgeber	
Name:	
Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsort, -datum:	
Straße, Haus-Nr:	
PLZ, Ort:	
Tel. / Fax:	
Email:	
Geburtsregister-Nr. (steht auf d. Geburts-/Heiratsurkunde)	
Staatsangehörigkeit:	
Bestehen ggf. Einschränkungen (Sehen, Hören, Sprechen, Demenz, Betreuung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Einwilligung zur Einsicht in das Zentrale Vorsorgeregister?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Vermögen	
Wie hoch ist das aktuelle Vermögen (ohne Abzug der Verbindlichkeiten)?	

Wer soll bevollmächtigt werden? (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer)	
1. Herr / Frau _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> in allen Vermögensangelegenheiten <input type="checkbox"/> in persönlichen Angelegenheiten <input type="checkbox"/> in gesundheitlichen Angelegenheiten (Patientenverfügung) <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung (Bevollmächtigter soll auch Betreuer sein, fall Betreuung zwingend erforderlich)	
2. Herr / Frau _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> in allen Vermögensangelegenheiten <input type="checkbox"/> in persönlichen Angelegenheiten <input type="checkbox"/> in gesundheitlichen Angelegenheiten (Patientenverfügung) <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung (Bevollmächtigter soll auch Betreuer sein, fall Betreuung zwingend erforderlich)	

Soll ein Ersatzbevollmächtigter bestellt werden, falls der eingesetzte Bevollmächtigte verhindert ist?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar	
Herr / Frau _____ _____ _____	
(Bitte Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer angeben)	

Sonstiges	
Sollen einzelne Rechtshandlungen ausgeschlossen werden? (z. B. Widerruf einer Bezugsberechtigung Lebensversicherung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:



Sind Sie Organspender? (z. B. Herz, Lunge, Niere usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, aber mein Bevollmächtigter soll selbst entscheiden dürfen
Sind Sie Gewebespender? (z. B. Herzklappe, Hornhaut, Knochen, Bindegewebe, Blutgefäße usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, aber mein Bevollmächtigter soll selbst entscheiden dürfen
Gibt es Personen, die in keinem Fall zum Betreuer bestellt werden soll(en)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar: (bitte Name und Anschrift sowie Geburtsdatum angeben)

Sonstige Wünsche / Besonderheiten:

Beurkundungsverfahren / Entwurf beauftragt durch (Auftraggeber):	
Vollmachtgeber(in)	<input type="checkbox"/>
Dritter, und zwar:	Name / Firma / Rechtsanwalt: Anschrift: Tel. / Fax: Email:

Ich möchte den Entwurf erhalten

- per Post per Email per Telefax wird abgeholt

Bitte wägen Sie selbst das Risiko ab, dass Kommunikation per Email nicht sicher ist und Sie Ihre Daten möglicherweise der Öffentlichkeit preisgeben. Falls Sie *per Email* ankreuzen, erklären Sie sich mit der elektronischen Kommunikation per Email und dem Versenden von vertraulichen Dokumenten per Email einverstanden.

.....
Unterschrift Auftraggeber

Datum: