



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 / Patientenverfügung (ggf. inkl. Generalvollmacht)

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 im Zentralen Vorsorgeregister.

| Vollmachtgeber | |
|--|---|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsname: | |
| Geburtsort, -datum: | |
| Straße, Nr.: | |
| PLZ, Ort: | |
| Tel.: | |
| Email: | |
| Geburtsregister-Nr. (steht auf d. Geburts-/Heiratsurkunde) | |
| Staatsangehörigkeit: | |
| Familienstand: | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert |
| 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 |



| Bevollmächtigter - Wer soll mir was bevollmächtigt werden? | |
|---|--|
| Name: | |
| Vorname: | |
| Geburtsname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Straße, Nr.: | |
| PLZ, Ort: | |
| Tel.: | |
| Email: | |
| <p><input type="checkbox"/> in persönlichen Angelegenheiten und in Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge (insbes. Umsetzung meiner Patientenverfügung)</p> <p><input type="checkbox"/> in allen Vermögensangelegenheiten</p> <p><input type="checkbox"/> Bevollmächtigter soll auch Betreuer sein, falls eine Betreuung zwingend erforderlich sein sollte</p> | |

| Ersatzbevollmächtigter – Soll für den Fall der Verhinderung des Bevollmächtigten ein (oder mehrere) Ersatzbevollmächtigte bestellt werden? | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:</p> | |
| 1. (Ersatz-) Bevollmächtigter | |
| Name, Vorname | |
| Geburtsname u. -datum: | |
| Straße, Nr.: | |
| PLZ, Ort: | |
| Tel.: | |
| Email: | |
| 2. (Ersatz-) Bevollmächtigter | |
| Name, Vorname | |
| Geburtsname u. -datum: | |
| Straße, Nr.: | |
| PLZ, Ort: | |
| Tel.: | |
| Email: | |



| 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) |

| Vermögen | |
|--|--|
| Wie hoch ist das aktuelle Vermögen (ohne Abzug von Verbindlichkeiten)? | |

| Widerspruch gesetzliches Ehegattenvertretungsrecht |
|---|
| Das Gesetz (§ 1358 BGB) sieht - zeitlich begrenzt - eine gegenseitige Vertretung von Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge vor. Wer eine solche Vertretung ablehnt, kann diesem automatischen Vertretungsrecht widersprechen. Wünschen Sie die Aufnahme eines solchen Widerspruchs? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

| Patientenverfügung |
|--|
| Haben Sie bereits eine Patientenverfügung verfasst? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, diese soll aber neu gefasst werden |



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