



### Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

<b>Vollmachtgeber</b>	
<b>Name</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname</b>	<input type="text"/>
<b>ggfs. Geburtsname</b>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum /-ort</b>	<input type="text"/>
<b>Straße, Hausnummer</b>	<input type="text"/>
<b>PLZ Ort</b>	<input type="text"/>
<b>Telefon</b>	<input type="text"/>
<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>
<b>Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Güterstand</b>	<input type="checkbox"/> Ohne Ehevertrag <input type="checkbox"/> <input type="text"/>

<b>Bevollmächtigte</b>	<b>Bevollmächtigter 1</b>	<b>Bevollmächtigter 2</b>	<b>Bevollmächtigter 3</b>
<b>Vorname, Name</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ggfs. Geburtsname</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Geburtsdatum</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Straße Hausnummer</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>PLZ Ort</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Verwandtschaft zum Vollmachtgeber</b>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<b>Rangfolge</b>	<input type="checkbox"/> Erstrangig bevollm. <input type="checkbox"/> Gleichrangig bevollm.	<input type="checkbox"/> Zweitrangig bevollm. <input type="checkbox"/> Gleichrangig bevollm.	<input type="checkbox"/> Drittrangig bevollm. <input type="checkbox"/> Gleichrangig bevollm.
<b>Entscheidungsmacht</b>	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weiterem Bevollmächtigten

<b>Organspende</b>	<input type="checkbox"/> Gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht
--------------------	---

<b>Bestattung</b>	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

<b>Entwurf</b>	<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> wird abgeholt <input type="checkbox"/> E-Mail
<b>Entwurf in Auftrag gegeben von</b>	<input type="text"/>