

Vorbereitungsbogen für Ihre Vollmachten

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Titel, Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hsnr. PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Telefonnummer Festnetz	
Telefonnummer Mobil	
E-Mail	

Abweichende Rechnungsanschrift, z.B. Firmenadresse für die Unternehmensvollmacht

Firmenname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer Festnetz	
E-Mail geschäftlich	

Ihre Ausweisdaten

Personalausweis

Reisepass

Ausweis Nr.: _____ Gültig bis: _____ Ausstellende Behörde: _____

Bevollmächtigte

Hinweis: Es sollte ein Erstbevollmächtigter benannt werden und weitere Ersatzbevollmächtigte in Reihenfolge. Empfehlenswert ist die Bevollmächtigung für alle Bereiche zu bestimmen und dem Bevollmächtigten die Möglichkeit zu geben, Untervollmachten zu erteilen. So kann er/sie in Teilbereichen unterstützt oder vertreten werden.

1. Erstbevollmächtigter

Titel, Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis	
Telefonnummer Festnetz	
Telefonnummer Mobil	
E-Mail	

2. Zweiter Bevollmächtigter

Titel, Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis	
Telefonnummer Festnetz	
Telefonnummer Mobil	
E-Mail	

3. Dritter Bevollmächtigter

Titel, Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Verwandtschaftsverhältnis	
Telefonnummer Festnetz	
Telefonnummer Mobil	
E-Mail	

4. Hausarzt bzw. behandelnder Arzt

Ja

Nein

(Krankenhäuser könnten im Notfall auf bestehende Krankenakten zurückgreifen)

Titel	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer Festnetz	

**Persönliche Vorbereitungsfragen zu Ihren Vollmachten und Vorsorgeverfügungen:
(Auszüge aus dem Fragenkatalog)**

Patientenverfügung:

Grundlage für die Patientenverfügung ist, dass kein positiver Krankheitsverlauf zu erwarten ist und die Aussicht auf Wiedergenesung nicht besteht.

Wie ist Ihre grundsätzliche Einstellung zum Thema lebenserhaltende Maßnahmen/Apparatemedizin? (in Bezug auf die o.g. Grundlage)	Bitte hier ↓ ankreuzen
Eher alles Mögliche tun um mich am Leben zu erhalten	<input type="checkbox"/>
Nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten eher die Ablehnung der Apparatemedizin	<input type="checkbox"/>

Wiederbelebung	Bitte hier ↓ ankreuzen
Ich wünsche immer wiederbelebt zu werden	<input type="checkbox"/>
Wiederbelebung nur durchführen, wenn nach Einschätzung der Ärzte eine Aussicht auf Wiedergenesung besteht	<input type="checkbox"/>

Wie ist Ihre grundsätzliche Einstellung zum Thema künstliche Ernährung? (in Bezug auf die o.g. Grundlage)	Bitte hier ↓ ankreuzen
Bin dafür	<input type="checkbox"/>
Bin dagegen	<input type="checkbox"/>
Wie ist Ihre grundsätzliche Einstellung zum Thema Organspende	
Bin dafür	<input type="checkbox"/>
Bin dagegen	<input type="checkbox"/>

Bestattung: Ich wünsche eine...						
Erdbestattung	<input type="checkbox"/>	Feuerbestattung	<input type="checkbox"/>	Friedwald	<input type="checkbox"/>	Sonstiges

Betreuungsverfügung

Im Pflegefall möchte ich wie folgt versorgt werden:	Bitte hier ↓ ankreuzen
zu Hause (so lange wie möglich), oder	<input type="checkbox"/>
im Heim, und / oder	<input type="checkbox"/>
Mein Betreuer soll zum gegebenen Zeitpunkt entscheiden, wo ich gepflegt werden soll.	<input type="checkbox"/>

Ich möchte meine bisherigen Lebensgewohnheiten und Lebensstandard beibehalten. Mein Vermögen wird dafür entsprechend sinnvoll eingesetzt. (z.B. um am selben Wohnort wohnen zu bleiben, sein Haustier zu behalten, regelmäßige Ausflüge unternehmen usw.)	Bitte hier ↓ ankreuzen
JA	<input type="checkbox"/>
NEIN	<input type="checkbox"/>

Vorsorgevollmacht:

Soll Sie Ihr Bevollmächtigter in folgenden, exemplarischen Bereichen vollumfänglich vertreten?			
Finanzen	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN
Rechtlicher Bereich	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN
Vertretung bei Behörden	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN
Aufenthalt und Unterbringung	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN
Gesundheitsbereich	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN
Geschäftlicher Bereich	JA	<input type="checkbox"/>	NEIN

Zusätzlich in der Vorsorgevollmacht: (nur für Selbständige)

Soll die Vertretungsberechtigung im gewerblichen Teil für alle Unternehmen, Selbständigkeiten und freiberuflichen Tätigkeiten gültig sein?	Bitte hier ↓ ankreuzen
JA	<input type="checkbox"/>
NEIN	<input type="checkbox"/>

Soll Ihr Erstbevollmächtigter im Fall der Fälle eine bestimmte Person zu Rate ziehen? Z.B. durch die Vergabe von Untervollmachten an Personen mit entsprechender Zulassung.	
JA	<input type="checkbox"/>
NEIN	<input type="checkbox"/>