

Auftragsformular

Vorsorgevollmacht Patientenverfügung



Unsere Auftragsformulare dienen der erleichterten Datenaufnahme, ersetzen aber regelmäßig nicht die persönliche Beratung. Fragen können Sie jederzeit vor, während und nach der Beurkundung an uns richten.

Das ausgefüllte Formular können Sie uns elektronisch oder ausgedruckt papierförmig zukommen lassen. Zur elektronischen Übermittlung können Sie das Formular als PDF zwischenspeichern und sodann Ihrer E-Mail anhängen.

Mit der Angabe einer E-Mail-Adresse erklären Sie sich mit einer Entwurfsversendung mittels unverschlüsselter E-Mail einverstanden. Durch die auftragsgemäße Entwurfserstellung fallen bereits gesetzliche Gebühren an.

| Vollmachtgeber | |
|---|---|
| Vorname | |
| Nachname | |
| ggf. Geburtsname | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |
| Straße/Hausnummer | |
| PLZ/Ort | |
| Staatsangehörigkeit | |
| Deutschkenntnisse | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Güterstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet (Ehevertrag: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein) <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |
| Besonderheiten bei Vollmachtgeber (bitte <u>gewissenhaft</u> angeben) | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> schreibunfähig <input type="checkbox"/> taub <input type="checkbox"/> zweifelhafte Testierfähigkeit <input type="checkbox"/> sonstige: _____ |
| Telefon | |
| E-Mail | |

| Vermögen | | |
|--|---|-------------------|
| | Vermögensgegenstand | Wert (ca.-Angabe) |
| Grundbesitz (bitte mindestens Lage bzw. Anschrift angeben) | <input type="checkbox"/> _____ | _____ EUR |
| | <input type="checkbox"/> _____ | _____ EUR |
| | <input type="checkbox"/> _____ | _____ EUR |
| Sonstiges Vermögen | <input type="checkbox"/> Barvermögen | _____ EUR |
| | <input type="checkbox"/> Wertpapiere: _____ | _____ EUR |
| | <input type="checkbox"/> Unternehmen: _____ | _____ EUR |
| | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | _____ EUR |

| General- und Vorsorgevollmacht | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| | 1. Bevollmächtigter | 2. Bevollmächtigter | 3. Bevollmächtigter |
| Vorname | | | |
| Nachname | | | |
| ggf. Geburtsname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Straße/Hausnummer | | | |
| PLZ/Ort | | | |
| Vertretungsbefugnis | <input type="checkbox"/> einzeln (ratsam) <input type="checkbox"/> gemeinsam | <input type="checkbox"/> einzeln (ratsam) <input type="checkbox"/> gemeinsam | <input type="checkbox"/> einzeln (ratsam) <input type="checkbox"/> gemeinsam |
| Verhältnis zum Vollmachtgeber | <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Vater/Mutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Nefte/Nichte <input type="checkbox"/> Schwiegerkind <input type="checkbox"/> kein Verhältnis <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Vater/Mutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Nefte/Nichte <input type="checkbox"/> Schwiegerkind <input type="checkbox"/> kein Verhältnis <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Vater/Mutter <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Nefte/Nichte <input type="checkbox"/> Schwiegerkind <input type="checkbox"/> kein Verhältnis <input type="checkbox"/> _____ |

| Widerruf einer früheren General- und Vorsorgevollmacht |
|--|
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie der früheren Vollmacht zuleiten und <u>alle</u> Ausfertigungen dieser Vollmacht übermitteln) |

| Patientenverfügung |
|--|
| <p>Bitte beachten Sie: Mit einer Patientenverfügung ordnen Sie bestimmte medizinische Behandlungswünsche an, insb. für den Fall, dass Sie sich in der konkreten Situation nicht mehr äußern können. Als Notare stellen wir gerne ein allgemein verwendetes Muster zur Verfügung. Konkrete Fragen zu den Inhalten der Patientenverfügung oder individuelle Anordnungen (z.B. bei konkret absehbaren Krankheitsverläufen) sollten aber mit einem fachkundigen Mediziner (z.B. Hausarzt) besprochen werden.</p> <p>Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Entwurf durch Notar gewünscht <input type="checkbox"/> Eigener Entwurf wird übermittelt; Beglaubigung der Unterschrift durch Notar gewünscht</p> |

| Zusendung des Entwurfs | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------|---|
| <table border="0"> <tr> <td>An Beteiligte</td> <td><input type="checkbox"/> per E-Mail</td> <td><input type="checkbox"/> per Post</td> </tr> <tr> <td>An Berater</td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> <td><input type="checkbox"/> ja und zwar: _____</td> </tr> </table> | An Beteiligte | <input type="checkbox"/> per E-Mail | <input type="checkbox"/> per Post | An Berater | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____ |
| An Beteiligte | <input type="checkbox"/> per E-Mail | <input type="checkbox"/> per Post | | | | |
| An Berater | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja und zwar: _____ | | | | |