

Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Diese Liste dient der Vorbereitung Ihres Auftrags zur Umsetzung Ihrer Vorsorgedokumente. Auch wenn Sie die Liste nicht vollständig ausfüllen können, ist sie für die persönliche Beratung durch den Notar und die Umsetzung Ihrer Vorstellungen hilfreich. Bei Fragen und Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit.

Sie können Ihre Angaben digital oder handschriftlich vornehmen. Bitte lassen Sie uns das ausgefüllte Auftragsdokument vor Ihrem persönlichen Gespräch mit dem Notar zukommen. Vielen Dank.

| 1. Angaben zum Vollmachtgeber | |
|-------------------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Ggf. abweichender Geburtsname | |
| Geburtsdatum | |
| Geburtsort | |
| Straße/ Hausnummer | |
| PLZ/ Ort | |
| Telefonnummer Fax | |
| E-Mail-Adresse | |

| 2. Bevollmächtigte | | |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|
| | Bevollmächtigter 1 | Bevollmächtigter 2 |
| Name | | |
| Vorname | | |
| Ggf. abweichender Geburtsname | | |
| Geburtsdatum | | |

| | | |
|--------------------|--|--|
| Geburtsort | | |
| Straße/ Hausnummer | | |
| PLZ/ Ort | | |

| 3. Ersatzbevollmächtigte | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ersatzbevollmächtigter 1 | Ersatzbevollmächtigter 2 |
| Name | | |
| Vorname | | |
| Ggf. abweichender Geburtsname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort | | |
| Straße/ Hausnummer | | |
| PLZ/ Ort | | |

| 4. Dürfen der/ die Bevollmächtigte/n und der/ die Ersatzbevollmächtigte/n Untervollmachten erteilen? | | |
|---|----------|----------|
| Ja (Regelfall) | | Nein |
| Wenn Ja, nur einer bestimmten Person oder bestimmten Personen? | | |
| | Person 1 | Person 2 |
| Name | | |
| Vorname | | |
| Ggf. abweichender Geburtsname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort | | |
| Straße/ Hausnummer | | |
| PLZ/ Ort | | |

| 5. Sorgerechtsvorsorge/ Vormundbenennung bei minderjährigen Kindern | | |
|---|-----------|-----------------------------------|
| Gibt es minderjährige Kinder? | Ja | Nein (bitte bei Nr. 6 fortfahren) |
| Wenn Ja: Wer soll das Sorgerecht für die Kinder bekommen, wenn beide Elternteile ihr elterliches Sorgerecht nicht mehr ausüben können? (z.B. Koma) | | |
| | Vormund 1 | Vormund 2 |
| Name | | |
| Vorname | | |
| Ggf. abweichender Geburtsname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort | | |
| Straße/ Hausnummer | | |
| PLZ/ Ort | | |

| 6. Für Unternehmer: Gesellschaftsbeteiligungen | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Haben Sie Gesellschaftsbeteiligungen? | Ja | Nein (bitte bei Nr. 7 fortfahren) | |
| Wenn Ja: Muss/ soll eine separate Person für unternehmensbezogene Entscheidungen und der Vertretung in der Gesellschafterversammlung bevollmächtigt werden? | | | |
| | Gesellschaftsbeteiligung 1 | Gesellschaftsbeteiligung 2 | Gesellschaftsbeteiligung 3 |
| Name und Rechtsform | | | |
| Sitz (Ort) | | | |
| HRA oder HRB | | | |
| Bevollmächtigte Person (Name, Geburtsdatum, Anschrift) | | | |
| ➔ Bitte Gesellschaftsvertrag in Kopie/Scan beifügen (außer bei Aktiengesellschaften und Genossenschaften) | | | |

| 7. Sonstiges | |
|---|---|
| Sind Sie Wohnungseigentümer in einem Mehrparteien-Haus mit anderen Wohnungseigentümern? | Ja Nein (bitte bei Nr. 8 fortfahren) |
| Wenn Ja: muss/ soll eine separate Person für die Vertretung in der Eigentümerversammlung bevollmächtigt werden? (manchmal in Teilungserklärung vorgeschrieben) | |
| Ja Nein | |
| Bevollmächtigte Person (Name, Geburtsdatum, Anschrift) | |
| ➔ Bitte Teilungserklärung in Kopie/Scan beifügen | |

| 8. Nähere Angaben zu Ihrer Patientenverfügung | | |
|---|------------|------------|
| <p>Grundsatzentscheidung im Falle schwersten körperlichen Leidens ohne Aussicht auf Besserung: Möchten Sie lebenserhaltende und lebensverlängernde Maßnahmen, auch unter Einsatz von Maschinen – ggf. bis zur sogenannten „Maximalversorgung“ (Variante 1) – oder möchten Sie dies nicht, sondern „nur“ noch <u>lindernde</u> pflegerische- und ärztliche Maßnahmen (z.B. die Behandlung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Durstgefühl, etc.) mit der möglichen Nebenwirkung, dass diese Maßnahmen die Lebenszeit verkürzen könnten (Variante 2)?</p> <p><small>(Der weitaus größte Teil der Verfügenden entscheidet sich für Variante 2. Auf dieser baut daher auch der Ihnen überlassene Mustertext auf. Sollten Sie eine abweichende Verfügung wünschen, teilen sie uns dies bitte mit; wir beraten Sie dann gerne und finden für Sie die passende Formulierung.)</small></p> | Variante 1 | Variante 2 |
| Möchten Sie im Pflegefall so lange wie möglich in Ihrer häuslichen Umgebung betreut und versorgt werden? | Ja | Nein |
| Wünschen Sie eine seelsorgerische Sterbebegleitung? <small>(dies kann in der Urkunde auch offenbleiben)</small> | Ja | Nein |
| Organspende gewünscht? <small>(dies kann in der Urkunde auch offenbleiben)</small> | Ja | Nein |

| 9. Weitere Wünsche zur Ausgestaltung der Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung |
|--|
| |

| Zusendung des Entwurfs | |
|--------------------------------|---------------------------|
| per | E-Mail Post Fax |
| an (Kontaktdaten, z.B. E-Mail) | |