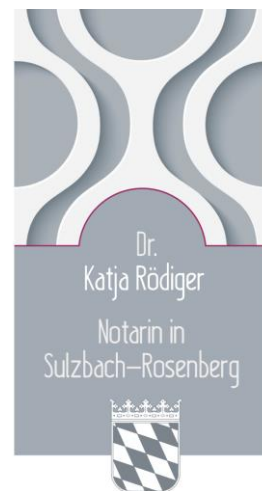


Bitte senden an:

Notarin Dr. Katja Rödiger
Hofgartenstr. 6
92237 Sulzbach-Rosenberg

Fax: 09661 875020
Mail: post@notarin-roediger.de

Für Rückfragen
Tel: 09661 87500



Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung

Die nachstehende Checkliste soll Ihnen und uns die effektive Vorbereitung der anstehenden Beurkundung erleichtern. Bitte füllen Sie die Liste soweit wie möglich aus und übermitteln Sie diese an uns. Für Fragen stehen wir Ihnen natürlich jederzeit zur Verfügung, gerne auch im Rahmen einer persönlichen Beratung. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit.

Datenschutzhinweise finden Sie auf meiner Homepage (www.notarin-roediger.de) im Impressum. Auf Wunsch sendet mein Büro Ihnen die Datenschutzhinweise gern zu.

Vollmachtgeber	
Name	
(sämtliche) Vornamen	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum / -ort	
Straße, Hausnummer	
PLZ Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet
Güterstand (falls verheiratet)	<input type="checkbox"/> ohne Ehevertrag verheiratet <input type="checkbox"/>

Bevollmächtigte	Bevollmächtigter 1	Bevollmächtigter 2	Bevollmächtigter 3
Vornamen, Name			
ggf. Geburtsname			
Geburtsdatum			
Straße Hausnummer			
PLZ Ort			
Verwandtschaft zum Vollmachtgeber	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/>
Rangfolge	<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.
Entscheidungsmacht	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weite- rem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weite- rem Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> einzeln <input type="checkbox"/> gemeinsam mit weite- rem Bevollmächtigten

Patientenverfügung

= Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen „um jeden Preis“

 gewünscht nicht gewünscht**Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer (ZVR)** gewünscht nicht gewünscht**Entwurf** Post Fax E-Mail (unverschlüsselt) wird abgeholt**Terminwunsch**