



Vorsorgevollmacht

Bitte zurücksenden...

...per E-Mail

Formular soweit wie möglich ausfüllen (das Formular hat Textfelder) und uns dann per E-Mail zukommen lassen an:

info@notarin-hegerfeld.de

... oder postalisch

Bitte ausdrucken, soweit wie möglich ausfüllen und uns zusenden an:

**Notarin
Dr. Nicola Hegerfeld
Ostwall 231
47798 Krefeld**

Sie erhalten zeitnah den gewünschten Entwurf.

1. Persönliche Daten der/s Vollmachtgeber/s:

	Vollmachtgeber 1	Vollmachtgeber 2
Anrede, Titel		
Nachname		
Vorname(n) (alle)		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Staatsangehörigkeit(en)		
Anschrift		
E-Mail		
Telefon		
Familienstand	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Verheiratet	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Verheiratet
Körperlich eingeschränkt (Hören, Sehen, Lesen, Schreiben)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____



Dolmetscher erforderlich?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Sprache: _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – Sprache: _____
Angaben zum Dolmetscher (nicht verwandt oder verschwägert!)	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____	Name: _____ Geburtsdatum: _____ Anschrift: _____
Bei 2 Vollmachtgebern:		
Verhältnis zueinander		
Bevollmächtigung des anderen Vollmachtgebers gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2. Persönliche Daten des/der Bevollmächtigten:

	Bevollmächtigter 1	Bevollmächtigter 2	Bevollmächtigter 3
Anrede, Titel			
Name			
Vorname(n) (alle)			
Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Anschrift			
Staatsangehörigkeit(en)			
Steuer-ID			
E-Mail			
Telefon			
Verhältnis zum Vollmachtgeber 1			
Verhältnis zum Vollmachtgeber 2			
Bevollmächtigt von	<input type="checkbox"/> Vollmachtgeber 1 <input type="checkbox"/> Vollmachtgeber 2	<input type="checkbox"/> Vollmachtgeber 1 <input type="checkbox"/> Vollmachtgeber 2	<input type="checkbox"/> Vollmachtgeber 1 <input type="checkbox"/> Vollmachtgeber 2



3. Angaben zur Vollmacht

	Vollmachtgeber 1	Vollmachtgeber 2
Umfassende Bevollmächtigung	<input type="checkbox"/> Ja (Regelfall) <input type="checkbox"/> Nein (Ausnahme) Beschränkung auf <input type="checkbox"/> Personensorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja (Regelfall) <input type="checkbox"/> Nein (Ausnahme) Beschränkung auf <input type="checkbox"/> Personensorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Sonstiges
Einzelvertretungsbe- fugnis	<input type="checkbox"/> Ja (Regelfall) <input type="checkbox"/> Nein (Ausnahme) _____ _____	<input type="checkbox"/> Ja (Regelfall) <input type="checkbox"/> Nein (Ausnahme) _____ _____
Reihenfolge unter den Bevollmächtigten ge- wünscht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ _____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ _____
Patientenverfügung gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Registrierung im Zent- ralen Vorsorgeregister gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Entwurfsübersendung	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Post
Terminwunsch		

4. Anmerkungen

Diese Angaben wurden am _____ von _____ mitgeteilt.