

Telefon / Mobil

Ort

Straße

Name

Bitte wenden Sie sich an

Christliche Patientenvorsorge

durch Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügung,
Patientenverfügung und Behandlungswünsche

*Bitte dem behandelnden Arzt
oder der behandelnden Ärztin geben*

Für den Fall, dass ich

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Ort:

Telefon / Mobil:

**meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann,
habe ich ein Formular der CHRISTLICHEN
PATIENTENVORSORGE hinterlegt**

- ☐ bei meinen persönlichen Unterlagen
- ☐ das *Zweitexemplar* bei meiner bevollmächtigten Person

- ☐ Kopien bei Angehörigen
- ☐ bei Arzt oder Ärztin meines Vertrauens

- ☐ beim Betreuungsgericht in

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift