Vorsorge

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen verständlich zu äußern, habe ich Folgendes hinterlegt:

- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Vorsorgevollmacht**
- ☐ **Betreuungsverfügung**

Meine Anschrift lautet:

Vor– u. Zuname, Geburtsname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BITTE INFORMIEREN SIE FOLGENDE VERTRAUENSPERSON (1) UND MEINEN ARZT/ÄRZTIN (2):

(1) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(2) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Vorsorge

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen verständlich zu äußern, habe ich Folgendes hinterlegt:

- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Vorsorgevollmacht**
- ☐ **Betreuungsverfügung**

Meine Anschrift lautet:

Vor– u. Zuname, Geburtsname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BITTE INFORMIEREN SIE FOLGENDE VERTRAUENSPERSON (1) UND MEINEN ARZT/ÄRZTIN (2):

(1) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(2) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Vorsorge

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen verständlich zu äußern, habe ich Folgendes hinterlegt:

- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Vorsorgevollmacht**
- ☐ **Betreuungsverfügung**

Meine Anschrift lautet:

Vor– u. Zuname, Geburtsname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BITTE INFORMIEREN SIE FOLGENDE VERTRAUENSPERSON (1) UND MEINEN ARZT/ÄRZTIN (2):

(1) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(2) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Vorsorge

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen verständlich zu äußern, habe ich Folgendes hinterlegt:

- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Vorsorgevollmacht**
- ☐ **Betreuungsverfügung**

Meine Anschrift lautet:

Vor– u. Zuname, Geburtsname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BITTE INFORMIEREN SIE FOLGENDE VERTRAUENSPERSON (1) UND MEINEN ARZT/ÄRZTIN (2):

(1) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(2) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Vorsorge

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen verständlich zu äußern, habe ich Folgendes hinterlegt:

- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Vorsorgevollmacht**
- ☐ **Betreuungsverfügung**

Meine Anschrift lautet:

Vor– u. Zuname, Geburtsname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BITTE INFORMIEREN SIE FOLGENDE VERTRAUENSPERSON (1) UND MEINEN ARZT/ÄRZTIN (2):

(1) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(2) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Vorsorge

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen verständlich zu äußern, habe ich Folgendes hinterlegt:

- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Vorsorgevollmacht**
- ☐ **Betreuungsverfügung**

Meine Anschrift lautet:

Vor– u. Zuname, Geburtsname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BITTE INFORMIEREN SIE FOLGENDE VERTRAUENSPERSON (1) UND MEINEN ARZT/ÄRZTIN (2):

(1) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(2) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Vorsorge

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen verständlich zu äußern, habe ich Folgendes hinterlegt:

- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Vorsorgevollmacht**
- ☐ **Betreuungsverfügung**

Meine Anschrift lautet:

Vor– u. Zuname, Geburtsname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BITTE INFORMIEREN SIE FOLGENDE VERTRAUENSPERSON (1) UND MEINEN ARZT/ÄRZTIN (2):

(1) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(2) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Vorsorge

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, meinen Willen verständlich zu äußern, habe ich Folgendes hinterlegt:

- ☐ **Patientenverfügung**
- ☐ **Vorsorgevollmacht**
- ☐ **Betreuungsverfügung**

Meine Anschrift lautet:

Vor– u. Zuname, Geburtsname

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BITTE INFORMIEREN SIE FOLGENDE VERTRAUENSPERSON (1) UND MEINEN ARZT/ÄRZTIN (2):

(1) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(2) Vor– u. Zuname

Telefon

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort