

## Vorsorgevollmacht

**Auftraggeber/Ansprechpartner:**

---

**Telefon/Kontakt:**

---

**Beurkundungstermin (falls bereits vorhanden):**

---

### Angaben zu Personen

#### **Vollmachtgeber**

|  | Vollmachtgeber I | Vollmachtgeber II |
|--|------------------|-------------------|
| Familienname   |                  |                   |
| Vorname  |                  |                   |
| Geburtsname  |                  |                   |
| Geburtsdatum   |                  |                   |
| Geburtsort   |                  |                   |
| Postanschrift  |                  |                   |
| Telefon/Fax/<br>E-Mail (tagsüber)                            |                  |                   |
| <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> Pass -<br>Nr. |                  |                   |
| <input type="radio"/> pers. bekannt                          |                  |                   |
| ausgestellt von:   |                  |                   |
| am   |                  |                   |

**Bitte immer entsprechend ankreuzen.**

Gegenseitige Bevollmächtigung Vollmachtgeber I und II?

Ja       Nein

**Bevollmächtigter**    **Weiterer Bevollmächtigter**

|  |   |
|--|---|
| Verwandtschaft zu<br><input type="radio"/> Vollmachtgeber I<br><input type="radio"/> Vollmachtgeber II | <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> anderes Verhältnis |
| Familienname   |   |
| Vorname  |   |
| Geburtsname  |   |
| Geburtsdatum   |   |
| Geburtsort   |   |
| Postanschrift  |   |

**Bevollmächtigter**    **Weiterer Bevollmächtigter**

|  |   |
|--|---|
| Verwandtschaft zu<br><input type="radio"/> Vollmachtgeber I<br><input type="radio"/> Vollmachtgeber II | <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Enkel <input type="radio"/> anderes Verhältnis |
| Familienname   |   |
| Vorname  |   |
| Geburtsname  |   |
| Geburtsdatum   |   |
| Geburtsort   |   |
| Postanschrift  |   |

**Patientenverfügung/Behandlungswunsch mit aufnehmen?**

**Ja**       **Nein**

*Falls Nein:*

Ist bereits eine Patientenverfügung vorhanden?

**Ja**       **Nein**

## Weiteres Vorgehen

Soll (vor dem Termin) ein Entwurf übersandt werden?

Ja       Nein

Wem soll der Entwurf übersandt werden?

Vollmachtgeber

**ODER**

\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie: Dass bei vorzeitiger Beendigung des Beurkundungsverfahrens die Entwurfsfertigung kostenpflichtig ist bzw. Gebühren nach KN-Nrn. 21300 ff. erhoben werden müssen.

Entwurfsgebühren werden ansonsten nicht gesondert erhoben und sind mit der Beurkundungsgebühr abgegolten.

*Besonderheiten/Weiteres*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Unterschriften Auftraggeber:

\_\_\_\_\_

Bitte zurücksenden an:

Notarin Dr. Martina Rothermel

Weiße Mauer 26

06217 Merseburg

**ODER**

E-Mail: [info@notarin-rothermel.de](mailto:info@notarin-rothermel.de)

Telefon für Rückfragen: 03461 28450