Informationskarte zum Ausschneiden

✂

Meine bevollmächtigte Person für Gesundheitsfragen ist:

_____
Name, Vorname, ggfs. Geburtsname der bevollmächtigten Person

_____
Wohnort, Straße

_____
Telefonnummer

_____
Ort, Datum Unterschrift Vollmachtgeber/in

Eine Kopie meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

_____
Name, Vorname, ggfs. Geburtsname der bevollmächtigten Person

_____
Wohnort, Straße

_____
Telefonnummer

✂

Meine bevollmächtigte Person für Gesundheitsfragen ist:

_____
Name, Vorname, ggfs. Geburtsname der bevollmächtigten Person

_____
Wohnort, Straße

_____
Telefonnummer

_____
Ort, Datum Unterschrift Vollmachtgeber/in

Eine Kopie meiner Patientenverfügung ist hinterlegt bei:

_____
Name, Vorname, ggfs. Geburtsname der bevollmächtigten Person

_____
Wohnort, Straße

_____
Telefonnummer