

Verein für Ambulante Krankenpflege  
Bad Wörishofen e.V.  
Ulmenweg 1  
86825 Bad Wörishofen

## Vorbereitungsbogen für Ihre Vollmachten/Verfügungen

### **Vollmachtgeber/in:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_

### **Kontaktdaten:**

Telefon \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

### **1. Bevollmächtigte/r (Pflichtangaben)**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_

### **Kontaktdaten:**

Telefon \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

## 2. Bevollmächtigte/r (Pflichtangaben)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten:**

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## 3. Bevollmächtigte/r (Pflichtangaben)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten:**

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### 4. Bevollmächtigte/r (Pflichtangaben)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

**Kontaktdaten:**

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Organspende gewünscht:**  ja  nein

#### Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

#### Sonstiges, individuelle Wünsche und Vorgaben:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nachdem der ausgefüllte Vorbereitungsbogen bei uns eingegangen ist, wird eine/r unserer ehrenamtlichen Begleiter/innen mit Ihnen einen Gesprächstermin vereinbaren.

#### Sie haben noch Fragen?

**INFOBOX**

Rufen Sie uns an unter 08247-96260 oder

Schreiben Sie uns unter [info@ambulante-krankenpflege-ev.de](mailto:info@ambulante-krankenpflege-ev.de)