Daten zur Beurkundung einer Vollmacht / Patientenverfügung

Zurück an: Kanzlei Altes Land – Kruse und Zachej, Westerjork 9, 21635 Jork

Tel. 04162/394, Fax: 04162/6884, [info@kanzlei-altes.de](mailto:info@kanzlei-altes.de)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vollmachtgeber** | | | | | |
| Titel, Vorname/n, Name, ggf. Geburtsname | | | | | Deutschkenntnisse |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | | | | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | | Staatsangehörigkeit/en | | Familienstand |
| Telefon | | Telefax | | E-Mail | |

Ungefährer Wert des gesamten Vermögens (z.B. Immobilien, Kontoguthaben, Wertpapiere, Schmuck; OHNE Schuldenabzug) EUR

**Vermögensverhältnisse**

|  |
| --- |
| **Regelungswünsche** |
| Art der Urkunde  **Vollmacht**  für sämtliche Angelegenheiten (General- und Vorsorgevollmacht)  reine Generalvollmacht (ohne besondere Befugnisse im Krankheitsfall)  Spezialvollmacht für: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Patientenverfügung**  mit Einverständnis zur Organentnahme nach dem Tod zu Transplantationszwecken  Widerspruch Organentnahme nach dem Tod zu Transplantationszwecken  keine Angabe |
| Bevollmächtigte/r   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Vor- und Nachname | Geburtsdatum | Anschrift | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | |

Des Weiteren erkläre/n ich mich / wir uns damit einverstanden, dass mir/uns bzw. zu beteiligenden Dritten Emails unverschlüsselt zugesandt werden.

Die Hinweise zum Datenschutz (Art. 13, 14 DS-GVO) sind auf der Internetseite www.kanzlei-altesland.de/Datenschutz/ oder als Auslage in der Kanzlei zu finden. Auf Wunsch wird die Datenschutzerklärung auch gerne zugesandt.