



WENNER  
NOTARIN

## FRAGEBOGEN Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, soweit Ihnen die Daten bekannt sind, und senden Sie uns diesen zu.  
Bitte wenden Sie sich bei Fragen jederzeit an uns.

**Informationen mitgeteilt durch:** \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Soll für Sie ein **Entwurf** gefertigt werden?

Ja Entwurf durch versenden an:  Vollmachtgeber  Bevollmächtigten  Dritten: \_\_\_\_\_  
 Nein per:  Post  E-Mail \_\_\_\_\_  
(bitte Kontaktdaten angeben)

### Vollmachtgeber:

Vorname, Name : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Wohnadresse: \_\_\_\_\_  
Güterstand:  nicht verheiratet  verheiratet (Ehevertrag?) \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Minderjährige Kinder vorhanden:  Nein  Ja (Name, Geburtsdatum:) \_\_\_\_\_

### Bevollmächtigter 1:

Vorname, Name : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Wohnadresse: \_\_\_\_\_  
Familiäre Beziehung zum Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Reihenfolge der Bevollmächtigten:  Hauptbevollmächtigter  Ersatzbevollmächtigter

### Bevollmächtigter 2:

Vorname, Name : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Wohnadresse: \_\_\_\_\_  
Familiäre Beziehung zum Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Reihenfolge der Bevollmächtigten:  Hauptbevollmächtigter  Ersatzbevollmächtigter

### Bevollmächtigter 3:

Vorname, Name : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Wohnadresse: \_\_\_\_\_  
Familiäre Beziehung zum Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Reihenfolge der Bevollmächtigten:  Hauptbevollmächtigter  Ersatzbevollmächtigter

### Patientenverfügung:

bereits vorhanden  Entwurf gewünscht  nicht gewünscht

**per Post an:**

Notarin  
Dr. Sibylle Wenner LL.M.  
Perusastr. 5  
80333 München

**oder per**

**F** +49 89 9042 177 99  
**E** info@wennernotar.in.de

---

(für Fensterbriefumschlag hier falten)

Seite 2 zum Fragebogen Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung:

**Sonstiges:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---