

zurück per Post oder per Fax: 08247 / 9626-26

an den  
Verein für Ambulante Krankenpflege  
Bad Wörishofen e.V.  
Schulstraße 8  
86825 Bad Wörishofen

## Vorbereitungsbogen für Ihre Vollmachten/Verfügungen

### Vollmachtgeber/in

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hsnr	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Kontaktdaten, Tel., Mobil, Mail	

### 1. Bevollmächtigte/r

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hsnr.	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Kontaktdaten, Tel. Mobil, Mail	

### 2. Bevollmächtigte/r

Name, Vorname	
Geburtsname	
Geboren am	
Straße, Hsnr	
PLZ, Ort	
Geburtsort, Land	
Nationalität	
Familienstand	
Kontaktdaten, Tel., Mobil, Mail	

#### 4. Hausarzt

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kontaktdaten, Tel., Mobil, Mail	

### Persönliche Vorbereitungsfragen zu Vollmachten und Vorsorgeverfügungen:

**Wie ist Ihre grundsätzliche Einstellung zum Thema lebenserhaltende Maßnahmen/Apparatemedizin?**

- eher alles Mögliche tun, um mich am Leben zu erhalten
- eher die Ablehnung der Apparatemedizin, falls dadurch nur mein Leiden unnötig verlängert wird

**Wie ist Ihre grundsätzliche Einstellung zum Thema Organspende?**

- bin dafür  bin dagegen

**Soll Sie Ihr Bevollmächtigter in folgenden, exemplarischen Bereichen vollumfänglich vertreten?**

Finanzen, Rechtlicher Bereich, Vertretung bei Behörden,

Aufenthaltsrecht, Gesundheit und Geschäftliches Ja  Nein

**Sonstiges:**

---



---

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

**Zu diesem Termin richten Sie bitte folgende Unterlagen her:**

- Personalausweis bzw. Reisepass
- bestehende Vollmachten und Verfügungen