

Ihre hausärztliche Praxis

Gemeinschaftspraxis  
**Dr. med. Lena Wohlleben**  
**Klaus-Peter Neizel-Tönnies**  
**Christian Bornholdt**  
- Fachärzte für Allgemeinmedizin –  
Goethestraße 42  
25709 Marne  
Terminvergabe unter  
Tel.: 04851 / 9050 Fax: 04851 / 90514

## Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Verehrte Praxisbesucher !

Sie möchten eine Vorsorge treffen für den Moment, indem Sie aus Krankheitsgründen nicht selbst in der Lage oder in der Verfassung sind, Entscheidung fällen zu können? Und Sie möchten einen oder mehrere vertraute und vertrauenswürdige Menschen mit der Wahrung Ihrer Interessen bevollmächtigen?

- ❖ Durch eine Vorsorgevollmacht regeln Sie, wer Ihre Interessen – rechtlicher, privater und geschäftlicher Art - vertreten soll, wenn Sie aus körperlichen oder geistigen Gründen dazu nicht mehr in der Lage sind. Sie benennen einen oder mehrere Bevollmächtigte, die in Ihrem Sinne entscheiden und handeln sollen.
- ❖ In der Patientenverfügung äußern Sie Ihren Wunsch, welche Behandlungen am Lebensende ( sehr schwere, aussichtslose Krankheitssituationen ) Ihnen zuteil werden bzw. welche lebensverlängernden Maßnahmen unterbleiben sollen. Für die Einhaltung dieser Willensäußerungen sorgen Ihre Bevollmächtigten.

Wir helfen Ihnen gerne, eine Vorsorgevollmacht und eine Patientenverfügung zu erstellen.

Unsere Vorlagen sind rechtssicher und orientieren sich an den Empfehlungen der Ärztekammern und der Justizbehörden der Länder.

Für diese Privatleistungen berechnen wir ( jeweils 2 Ausfertigungen ) :

Patientenverfügung : 40,- € ,

Vorsorgevollmacht: 20,- € ,

jede weitere Ausfertigung: 2,- €

Sprechen Sie bitte unsere Damen der Anmeldung auf Ihren Wunsch an:

Sie erhalten dort einen Fragebogen für die Vorbereitung der Verfügungen und einen Beratungs- / Beurkundungstermin beim Arzt.

**Für die Beratung und die Erstellung der Testate benötigen wir von Ihnen einige Informationen:**

❖ Wo sind Sie geboren? \_\_\_\_\_

❖ Nennen Sie uns die Personen, die Sie bevollmächtigen möchten:

**Alleinvertreternd:**

\_\_\_\_\_  
( Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift: Straße und Wohnort, Telefon-Nummer )

**Stellvertretend in absteigender Reihenfolge:**

\_\_\_\_\_  
( Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift: Straße und Wohnort, Telefon-Nummer )

\_\_\_\_\_  
( Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift: Straße und Wohnort, Telefon-Nummer )

\_\_\_\_\_  
( Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift: Straße und Wohnort, Telefon-Nummer )

❖ Haben Sie einen Organspendeausweis? Würden Sie Organe spenden wollen?

Ja

Nein

❖ Wo möchten Sie, wenn es die Wahl gibt, die letzten Lebensstunden verbringen?

Zuhause:

In einem Hospiz:

Im Krankenhaus:

Welche Personen möchten Sie in der Sterbestunde gerne bei sich haben?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

❖ Möchten Sie einen geistlichen Beistand?

evangelisch:

katholisch:

andere Konfession: