



Vorsorgeausweis



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich habe eine

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsvollmacht | <input type="checkbox"/> Generalvollmacht |

Wichtige Adressen und Telefonnummern

Vertrauenspersonen/Bevollmächtigte:

Arzt:
