



**Berthold von Hollen**  
**Rechtsanwalts-gesellschaft mbH**

27321 Thedinghausen  
Braunschweiger Str. 1  
Telefon (0 42 04) 91 750  
Telefax (0 42 04) 91 75 25

**Datenblatt General- und Vorsorgevollmacht  
mit Patientenverfügung**

**Vollmachtgeber:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel-Nr.: \_\_\_\_\_

eMail-Adresse: \_\_\_\_\_

Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigter 1**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße + Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis  
zum Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigter 2**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis  
zum Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_

**ggfs. Ersatzbevollmächtigter 1**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis  
zum Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_

**ggfs. Ersatzbevollmächtigter 2**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis  
zum Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_

**Vertretungsbefugnisse:**

alle mit Einzelvertretungsbefugnis

sonstige Vertretungsbefugnisse wie folgt: \_\_\_\_\_