



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: _____