

ANLAGE ZUR VORSORGEVOLLMACHT

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG**

Vollmachtgeber/in:

Familienname: .....  
Vorname: .....  
geb. am: .....  
Anschrift: .....

Bevollmächtigte/r:

Familienname: .....	Familienname: .....
Vorname: .....	Vorname: .....
geb. am: .....	geb. am: .....
Anschrift: .....	Anschrift: .....

Ich bestätige, dass der/die o. g. Vollmachtgeber/in zurzeit in Folge einer geistigen / seelischen / körperlichen Erkrankung außerstande ist, eigene Entscheidungen zu treffen.

Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin / des Arztes: .....