

Bitte wenden Sie sich an

.....
Name

.....
Straße

.....
Ort

.....
Telefon / Mobil

A watercolor palette with various colors (red, orange, purple, green) is on the left side. In the background, a medical syringe is visible, partially obscured by a white semi-transparent box containing text.

Christliche Patientenvorsorge

durch Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügung,
Patientenverfügung und Behandlungswünsche

*Bitte dem behandelnden Arzt
oder der behandelnden Ärztin geben*

Für den Fall, dass ich

Name:

Geburtsdatum:

Straße:

Ort:

Telefon / Mobil:

**meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann,
habe ich ein Formular der CHRISTLICHEN
PATIENTENVORSORGE hinterlegt**

- bei meinen persönlichen Unterlagen
 das *Zweitexemplar* bei meiner bevollmächtigten Person

-
 Kopien bei Angehörigen
 bei Arzt oder Ärztin meines Vertrauens

-
 beim Betreuungsgericht in

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift