

Angaben zu Vollmachtgeber 1	Nachname, Vornamen <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Wohnanschrift <input type="text"/>
Inhalt der Vollmacht des Vollmachtgebers 1	<input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> mit Patientenverfügung? Ausschluss des Ehegatten von Notvertretung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> mit Eintragung in das Zentrale Vorsorgeregister? Hauptbevollmächtigter Nachname, Vornamen <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Wohnanschrift <input type="text"/> Einzelvertretungsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Gewünschte abweichende Vertretung: <input type="text"/> <input type="text"/> Rechtsgeschäfte mit sich selbst zulässig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Ersatzbevollmächtigter 1 ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachname, Vornamen <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Wohnanschrift <input type="text"/> Einzelvertretungsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Gewünschte abweichende Vertretung: <input type="text"/> <input type="text"/> Rechtsgeschäfte mit sich selbst zulässig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

	<p>Ersatzbevollmächtigter 2 ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Nachname, Vornamen <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Wohnanschrift <input type="text"/> Einzelvertretungsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Gewünschte abweichende Vertretung: <input type="text"/> <input type="text"/> Rechtsgeschäfte mit sich selbst zulässig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
--	--

Angaben zu Vollmachtgeber 2	<p>Nachname, Vornamen <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Wohnanschrift <input type="text"/></p>
------------------------------------	---

Inhalt der Vollmacht des Vollmachtgebers 2	<p><input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> mit Patientenverfügung? Ausschluss des Ehegatten von Notvertretung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> mit Eintragung in das Zentrale Vorsorgeregister? Hauptbevollmächtigter Nachname, Vornamen <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Wohnanschrift <input type="text"/> Einzelvertretungsberechtigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Gewünschte abweichende Vertretung: <input type="text"/> <input type="text"/> Rechtsgeschäfte mit sich selbst zulässig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
---	--

	<p>Ersatzbevollmächtigter 1 ? <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein Nachname, Vornamen <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Wohnanschrift <input type="text"/> Einzelvertretungsberechtigt? <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein Gewünschte abweichende Vertretung: <input type="text"/> <input type="text"/> Rechtsgeschäfte mit sich selbst zulässig? <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p> <p>Ersatzbevollmächtigter 2 ? <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein Nachname, Vornamen <input type="text"/> Geburtsdatum <input type="text"/> Wohnanschrift <input type="text"/> Einzelvertretungsberechtigt? <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein Gewünschte abweichende Vertretung: <input type="text"/> <input type="text"/> Rechtsgeschäfte mit sich selbst zulässig? <input type="checkbox"/>Ja <input type="checkbox"/>Nein</p>
<p>Wer hat das Formular ausgefüllt?</p>	<p>Name, E-Mail-Adresse, Tel.Nr., wenn nicht aus vorherigen Angaben ersichtlich</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>