



.....  
.

**D)** Unter der Bedingung, dass die in A) bis C) ausgeführten Verfügungen eingehalten werden, bevollmächtige ich gemäß § 1896 Absatz 2 BGB folgende Personen zu meinen Vorsorgebevollmächtigten, die jeweils einzeln handlungsberechtigt sind. Die Bevollmächtigung ist an die Erfüllung der in dieser Verfügung genannten Anweisungen gebunden. Die jeweilige Bevollmächtigung ist unmittelbar widerrufen, sollte die vorsorgebevollmächtigte Person von den in dieser Patientenverfügung von A) bis C) festgelegten Anweisungen abweichen.

**Liste der Vorsorgebevollmächtigten:**

1) .....  
(Vorname, Familienname, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer)  
für den Aufgabenbereich meiner ?A Aufenthaltsbestimmung ?B Gesundheitsfürsorge ?C Vermögenssorge

2) .....  
(Vorname, Familienname, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer)  
für den Aufgabenbereich meiner ?A Aufenthaltsbestimmung ?B Gesundheitsfürsorge ?C Vermögenssorge

3) .....  
(Vorname, Familienname, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer)  
für den Aufgabenbereich meiner ?A Aufenthaltsbestimmung ?B Gesundheitsfürsorge ?C Vermögenssorge

4) .....  
(Vorname, Familienname, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer)  
für den Aufgabenbereich meiner ?A Aufenthaltsbestimmung ?B Gesundheitsfürsorge ?C Vermögenssorge

5) .....  
(Vorname, Familienname, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer)  
für den Aufgabenbereich meiner ?A Aufenthaltsbestimmung ?B Gesundheitsfürsorge ?C Vermögenssorge

6) .....  
(Vorname, Familienname, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer)  
für den Aufgabenbereich meiner ?A Aufenthaltsbestimmung ?B Gesundheitsfürsorge ?C Vermögenssorge

Alle Vorsorgebevollmächtigungen gelten für alle Aufgabenbereiche, insbesondere meine Aufenthaltsbestimmung, meine Gesundheitsfürsorge und meine Vermögenssorge, wenn diese nicht oben durch Streichung ausgeschlossen wurde. Sollten sich Anweisungen meiner Vorsorgebevollmächtigten widersprechen, gilt die Anweisung des Bevollmächtigten mit der niedrigeren Ordnungszahl oben.

**Widerrufsvorbehalt**

Mir ist bekannt, dass ich die Patientenverfügung und erteilte Vollmacht jederzeit im Ganzen oder teilweise widerrufen kann, sofern ich zum Zeitpunkt des Widerrufs geschäftsfähig bin. Ich bin mir der Tragweite und Rechtsfolgen dieser Vollmacht, über die ich mich hinreichend informiert habe, bewusst.

**Diese Vollmacht habe ich freiwillig und unbeeinflusst im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.**

Musterstadt, den xx.xx.xxxx

\_\_\_\_\_

vorname, Mann/Frau aus der Familie xxxxxx

Diese Patientenverfügung ersetzt meine frühere Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung vom .....

Zusätzlich füge ich dieser Patientenverfügung die Kopie eines ärztlichen Attests über Geschäftsfähigkeit hinzu, so dass mein in dieser Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachter freier Wille und die Wirksamkeit dieser Patientenverfügung unbestreitbar sind. Das Original des Attests befindet sich in meinen Unterlagen.