



Bereuungsverfügung

von
Herr/Frau



Ein Service von

Bestattungshaus Lora

www.bestattungen-lora.de

Bestattungshaus Lora
info@bestattungen-lora.de
 facebook.com/BestattungenLora

46535 Dinslaken
Duisburger Str. 86
Tel. (02064) 41440

1

47178 Duisburg
Römerstr. 291
Tel. (0203) 471155

46569 Hünxe
An der Kirche 3
Tel. (02858) 918 73 20



Betreuungsverfügung

Sollte eine Betreuung notwendig werden, dann soll die Patientenverfügung als Betreuungsverfügung gelten. In Ihr habe ich bestimmt, was ich für meine Behandlung und Versorgung wünsche. Sie ist als Ausdruck meines Willens für Vormundschaftsgericht und Betreuer bzw. Betreuerin verbindlich.

Als Betreuer bzw. Betreuerin soll bestellt werden:

Name:.....
Geburtsdatum:.....
Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon/Mobil:.....

Ich wünsche, dass folgende Person **nicht** bestellt wird:

Name:.....
Geburtsdatum:.....
Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon/Mobil:.....

Unterschriften

Ich unterschreibe diese Verfügungen nach sorgfältiger Überlegung und als Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechtes. Ich wünsche nicht, dass mir in der akuten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird.

Name:.....
Geburtsdatum:.....
Straße:.....
Wohnort:.....
Telefon/Mobil:.....
Ort/Datum:.....
Unterschrift:.....

Bestätigung

Diese Erklärung wird von mir in vollem Umfang erneut bestätigt (etwa alle **1-2 Jahre**):

..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift
..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift
..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift
..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift
..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift
..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift
..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift
..... Ort	..... Datum	..... Unterschrift

Info-Seite

Diese Seite können Sie zur Aufbewahrung bei den Ausweispapieren beilegen:

Für den Fall, dass ich

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Straße:.....

Wohnort:.....

Telefon/Mobil:.....

meinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, habe ich ein Formular einer Patientenverfügung mit Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

- bei meinen persönlichen Unterlagen
- das Zweitexemplar bei meiner bevollmächtigten Person
- Kopien bei Angehörigen
- bei meinem Arzt/Ärztin des Vertrauens
- beim Vormundschaftsgericht in hinterlegt.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

