

# Betreuungsverfügung

Ich

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

schlage für den Fall, dass ich aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Unfall meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln kann,

**folgende Person als meinen gesetzlichen Betreuer vor:**

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

**Ersatzweise**

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

**In keinem Fall wünsche ich, dass folgende Person/en zu meiner Betreuung bestellt wird/werden:**

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....



MARKUS DETERT, Facharzt für Innere Medizin

Bahnhofstraße 6 · 49448 Lemförde · Telefon 05443 1021 · Fax 05443 796 · Rezept-Telefon 05443 203404

www.praxis-lemfoerde.de · kontakt@praxis-lemfoerde.de

Bankkonto: Volksbank Lübbecke Land eG · IBAN: DE81 4909 2650 0517 6849 02 · BIC: GENODEM1LUB

Steuer-Nr.: 234523215307

**Ich habe folgende Wünsche und Vorstellungen zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer:**

Von wem möchte ich versorgt werden, wenn ich pflegebedürftig werde? In welches Heim möchte ich, wenn eine Heimaufnahme erforderlich wird? Usw.

- 1. ....  
.....  
.....  
.....
- 2. ....  
.....  
.....  
.....
- 3. ....  
.....  
.....  
.....
- 4. ....  
.....  
.....  
.....
- 5. ....  
.....  
.....  
.....
- 6. ....  
.....  
.....  
.....
- 7. ....  
.....  
.....  
.....



8. ....  
.....  
.....  
.....

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## Ärztliche Bescheinigung

Ich bestätige, dass

Familienname: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Adresse: .....

Die Betreuungsverfügung vom ..... (Datum) im Vollbesitz seiner/ihrer  
geistigen Kräfte verfasst hat und geschäftsfähig ist.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin

