

<b>Ich habe hinterlegt:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patientenverfügung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li> <li>• <b>Organspendeverfügung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li> <li>• <b>Betreuungsverfügung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ohne Vorsorgevollmacht</li> <li>• <b>Vorsorgevollmacht</b> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mit Betreuungsverfügung</li> </ul>	(Mein Name, Geburtsdatum)	
	<b>Kontaktperson:</b> (Name, Telefon, Fax, Email)	
<b>Datum/Unterschrift</b>		

<b>Ich habe hinterlegt:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patientenverfügung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li> <li>• <b>Organspendeverfügung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li> <li>• <b>Betreuungsverfügung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ohne Vorsorgevollmacht</li> <li>• <b>Vorsorgevollmacht</b> <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mit Betreuungsverfügung</li> </ul>	(Mein Name, Geburtsdatum)	
	<b>Kontaktperson:</b> (Name, Telefon, Fax, Email)	
<b>Datum/Unterschrift</b>		

Bitte ausschneiden und Ihrem Ausweis oder  
Ihrer Krankenversicherungskarte beilegen!