

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) ...Andrea-Martina Huber, Karlstr. 38, 41199 Mönchengladbach, Tel. 02166 997665

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge

2)Simon Huber, Karlstr. 38, 41199 Mönchengladbach, Tel. 02166 997665

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge

3)

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge

4)

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge

5)

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge

6)

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge

7)

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge

8)

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge

9)

.....
.....
(Vorname, Name, derzeitige Adresse, derzeitige Telefonnummer) für den Aufgabenbereich meiner – Aufenthaltsbestimmung – Gesundheitsfürsorge – Vermögenssorge