

Zugang zu den Originalen meiner Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung hat:

Name, Vorname oder Institution:

Straße:

Ort:

Telefonnummer

E-Mail

Die benannte Person ist meine bevollmächtigte Person

falls zutreffend bitte ankreuzen

Hospizverein Würzburg e.V.
Neutorstraße 9
97070 Würzburg
Telefon 0931 53344
www.hospizverein.wuerzburg.de

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung

Name, Vorname:

Straße:

Ort:

Telefon

Ich habe eine Vorsorgevollmacht
 Patientenverfügung