

Betreuungsverfügung

Hausärzte am Campus

Wertherstraße 267 · 33619 Bielefeld

Telefon: 0521 · 16 38 33 Telefax: 0521 · 16 38 24

praxis@hausaerzte-amcampus.de www.hausaerzte-amcampus.de

Ich,	
Nachname, Vorname:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:
	Krankheit oder Behinderung meine Angelegen- lbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für st:
Zu meinem Betreuer/meiner Betreuerin	soll bestellt werden:
Nachname, Vorname:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:
Falls die vorstehende Person nicht zum E soll folgende Person bestellt werden:	Betreuer oder zur Betreuerin bestellt werden kann,
Nachname, Vorname:	
Geburtsdatum, Geburtsort:	
Adresse:	
Telefon:	E-Mail:

Betreuungsverfügung

Auf keinen Fall soll zum Betreuer/zur Betreuerin bestellt werden:					
Nachname, Vorname:					
Adresse:					
Telefon:		E-Mail:			
Zur Wahrnehmung meiner folgende Wünsche:	Angelegenheite	en durch den E	Betreuer/die Betreu	uerin habe ich	
1.					
2.					
3.					
Ort·	Datum:		Unterschrift:		