

Patientenverfügung: Änderung Vertrauensperson/en

Name: Vorname:

Strasse: PLZ / Ort:

Telefon: Geburtsdatum:

Bisherige Vertrauensperson/en:	
---------------------------------------	--

Neue Vertrauensperson/en:	
----------------------------------	--

Code-Nr.: (wird von der MNZ ausgefüllt)	
---	--

.....,
Ort Datum Unterschrift