



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

