

GIAD
Archivierungsdienstleistungen
Postfach 11 01 47

47141 Duisburg

Archivierungsauftrag Patientenverfügung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beauftrage ich Sie, meine als

Anlage

beigefügte Patientenverfügung entsprechend dem Angebot auf Ihrer Homepage und zu den Bedingungen der dort aufgeführten AGB's, die ich gelesen und verstanden habe, zu archivieren.

Ich bin damit einverstanden, dass das durch scannen hergestellte Doppel meiner Patientenverfügung sowie der von mir ausgefüllte Erfassungsbogen über meine persönlichen Daten und den Aufbewahrungsort meiner Originalpatientenverfügung in der für mich reservierten Notfallbox auf dem Hochsicherheitsserver zugangsgeschützt bereitgestellt wird.

Ich erhalte meinen Patientenverfügungsnotfallausweis, auf dem der Zugangscode zu meiner Notfallbox aufgedruckt ist.

Es ist mir bekannt, dass die beschriebene internetbasierte Archivierung meiner Patientenverfügung mir nach Bezahlung der Rechnung für einen Zeitraum von zehn Jahren, berechnet ab Auftragseingang, zur Verfügung steht.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

(Bitte den Erfassungsbogen auch unbedingt vollständig ausfüllen und beifügen!)

Erfassungsbogen zum Archivierungsauftrag von

(Bitte leserlich möglichst in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Vorname: _____
Name: _____
Straße: _____
Postleitzahl/Wohnort: _____
Geb.-Datum: _____
Nr. Personalausweis: _____

Das Original meiner hier hinterlegten Patientenverfügung befindet sich:

Ich habe ergänzend eine Vorsorgevollmacht erteilt/eine Betreuungsverfügung errichtet.

Dieses Dokument befindet sich:

Ort:
Datum:

Unterschrift: