**Formblatt**

**Gemeinschaftliches Testament**

 [ ]  zum Termin am: …

 Uhrzeit: …

 [ ]  noch kein Termin vereinbart

|  |
| --- |
| **Testierer / Ehegatte 1** |
| Titel, Vorname/n, Name, ggf. Geburtsname | Geburtsregisternummer |
| Straße, Hausnummer  | Postleitzahl, Ort |
| Geburtsdatum | Geburtsort  | Staatsangehörigkeit |
| Telefon | Telefax | E-Mail |

|  |
| --- |
| **Testierer / Ehegatte 2** |
| Titel, Vorname/n, Name, ggf. Geburtsname | Geburtsregisternummer |
| Straße, Hausnummer  | Postleitzahl, Ort |
| Geburtsdatum | Gebrutsort  | Staatsangehörigkeit  |
| Telefon | Telefax | E-Mail |

|  |
| --- |
| **Ehe** |
| **Hochzeit am**Wohnsitz und Staatsangehörigkeit bei Eheschließung?Ehevertrag? ja/nein | **Standesamt** | **frühere Ehen:** |

|  |
| --- |
| **Kinder**(Bitte hier auch angeben, ob gemeinsam oder einseitig) |
|  1.  |
| 2. |
| 3. |

|  |
| --- |
| **Erbeinsetzung, Wünsche** |
|  |

|  |
| --- |
| **Organisatorisches** |
| **Rücksendung Formblatt**  Bitte senden Sie dieses Datenblatt vor dem vereinbarten Termin, bzw. vor der Terminvereinbarung per Post, Telefax oder per E-Mail (am besten zur Vorbereitung!) an uns zurück:  **per Post**: Notar Dr. Kosche, Bleichstraße 31, 76593 Gernsbach   **per Email**: info@notar-kosche.de   **per Fax**: 07224 – 95791-99  |
|  |
|  **Zum Termin bitte mitbringen:** * Personalausweis oder Reisepass
* Ggfs. ärztliches Attest

Bei Zweifeln bezüglich der Geschäftsfähigkeit (etwa bei dementiellen Erkrankungen) eines Beteiligten, bitten wir Sie, uns in jedem Falle zu informieren, damit das weitere Vorgehen besprochen werden kann. Erforderlich ist dann ein ärztliches Attest, dass Geschäftsfähigkeit besteht. Sofern einer der Beteiligten sehr schlecht hört oder sieht bitten wir Sie, uns vorab zu informieren, ebenso wenn Sie auf barrierefreien Zugang angewiesen sind.  |
|  |