

Arztvollmacht

● ARZTPRAXIS

Für eine namentlich benannte Vertrauensperson – gezielt und nachvollziehbar.

SO FUNKTIONIERT ES Daten ergänzen, gewünschte Befugnisse ankreuzen und unterschreiben. Für mündliche medizinische Auskünfte bei Bedarf zusätzlich Seite 2 ausfüllen.

01 Patientin / Patient

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ UND ORT

02 Bevollmächtigte Person

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ UND ORT

03 Geltungsbereich Nur für die benannte Einrichtung

ARZTPRAXIS / EINRICHTUNG

ANSCHRIFT DER PRAXIS

04 Welche Handlungen sind erlaubt? Nur angekreuzte Befugnisse gelten

☐ Termine vereinbaren oder verschieben☐ Rezepte und Überweisungen abholen☐ Bescheinigungen / Verordnungen abholen☐ Befunde und Arztbriefe entgegennehmen☐ Kopien der Behandlungsakte anfordern☐ Angeforderte Kopien entgegennehmen

☐ Ich willige in die für die angekreuzten Handlungen notwendige Übergabe meiner Gesundheitsdaten an die benannte Person ein.

05 Gültigkeitsdauer Bitte eine Variante wählen

☐ Einmalig am☐ Vom / bis☐ Ab Datum bis Widerruf

Erklärung Ich bevollmächtige die genannte Person ausschließlich im ausgewählten Umfang. Medizinische Behandlungsentscheidungen sind nicht umfasst. Die Vollmacht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

ORT UND DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENTIN / PATIENT

Ärztliche Auskunft

● ARZTPRAXIS

Schweigepflichtentbindung für konkret ausgewählte Informationen.

NUR BEI BEDARF Diese zweite Seite ist optional. Sie wird benötigt, wenn die Vertrauensperson medizinische Auskünfte von der Praxis erhalten soll – über die reine Abholung hinaus.

01 Beteiligte Personen

PATIENTIN / PATIENT

GEBURTSDATUM

BERECHTIGTE PERSON

GEBURTSDATUM

02 Entbundene Arztpraxis / Einrichtung

NAME DER PRAXIS / EINRICHTUNG

ANSCHRIFT

03 Zweck und konkreter Bezug

ANLASS DER AUSKUNFT

BETREFFENDE BEHANDLUNG / ZEITRAUM

04 Freigabe der Informationen Bitte ausdrücklich auswählen

☐ Diagnosen und Untersuchungsergebnisse☐ Medikation und Verordnungen☐ Behandlungsverlauf und Empfehlungen☐ Inhalte von Befunden und Arztbriefen

05 Zulässiger Übermittlungsweg

☐ Persönliches Gespräch☐ Telefonisch nach
Identitätsprüfung☐ Schriftliche Mitteilung

06 Zeitraum der Einwilligung

GÜLTIG AB

GÜLTIG BIS

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung Ich gestatte der oben bezeichneten Praxis, der genannten Person ausschließlich zu dem angegebenen Zweck und im angekreuzten Umfang Auskunft zu erteilen. Hierfür entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das beteiligte Praxispersonal insoweit von der Schweigepflicht. Diese Erklärung erfolgt freiwillig und ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

ORT UND DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENTIN / PATIENT

WICHTIG Diese Erklärung ersetzt weder eine Vorsorgevollmacht noch eine Patientenverfügung. Sie berechtigt nicht zu Entscheidungen über Untersuchungen, Eingriffe oder Behandlungen. Die Praxis kann einen Identitätsnachweis oder ein eigenes Formular verlangen.