

Vollmacht für die Arztpraxis

Für organisatorische Anliegen, Terminabsprachen und die Entgegennahme von Unterlagen

INFO

Es gelten ausschließlich die unten ausgewählten Befugnisse. Diese Erklärung berechtigt nicht zu medizinischen Behandlungsentscheidungen.

01 Beteiligte Personen

Angaben vollständig eintragen

PATIENT / IN Vollmacht erteilende Person

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

ANSCHRIFT

BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON Vertrauensperson

VOR- UND NACHNAME

GEBURTSDATUM

ANSCHRIFT

02 Umfang der Bevollmächtigung

Zutreffendes bitte auswählen

Ich bevollmächtige die oben genannte Person, mich gegenüber der bezeichneten Praxis oder Einrichtung in folgenden Angelegenheiten zu vertreten:

- | | |
|---|--|
| ☐ Arzttermine vereinbaren oder verlegen | ☐ Termine absagen und Rückfragen klären |
| ☐ Rezepte und Überweisungen abholen | ☐ Unterlagen einreichen und übermitteln |
| ☐ Befunde / Arztbriefe entgegennehmen ¹ | ☐ Organisatorische Anliegen erledigen |

¹ Für vertrauliche medizinische Informationen ist ggf. die gesonderte Einwilligung auf Seite 2 erforderlich.

03 Praxis und Gültigkeitsdauer

Praxis / Klinik

Diese Vollmacht gilt (bitte eine Variante auswählen):

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ Nur für Termin am: _____ | ☐ Vom: _____ |
| ☐ Ab Unterzeichnung bis Widerruf | ☐ Bis: _____ |

04 Erklärung und Unterschrift

Die Vollmacht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bevollmächtigte Person hat sich auf Verlangen auszuweisen. Eine Untervollmacht wird nicht erteilt.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT / IN

Anwendungshinweis: Für ärztliche Auskünfte, Diagnosen oder Akteneinsicht die separate Schweigepflichtentbindung auf Seite 2 ausfüllen und unterschreiben.

Schweigepflichtentbindung

Gesonderte, freiwillige Freigabe medizinischer Informationen

OPTIONAL

Nur verwenden, wenn die bevollmächtigte Person medizinische Auskünfte erhalten oder in vertrauliche Behandlungsunterlagen Einsicht nehmen soll.

01 Personen und behandelnde Stelle

Patient / in

Vertrauensperson

Praxis / Klinik

02 Freigegebene Informationen

Nur ausgewählte Bereiche gelten

Ich entbinde die oben genannte behandelnde Stelle gegenüber meiner bezeichneten Vertrauensperson von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die nachfolgend ausgewählten Informationen erforderlich ist:

☐ Information zum Behandlungsstand

☐ Diagnosen und Untersuchungsbefunde

☐ Medikation und Therapieplanung

☐ Arzt- und Entlassberichte

☐ Einsicht / Abschriften der Akte

☐ Laborwerte und Bildbefunde

03 Anlass, Beschränkungen und Geltung

Behandlung / Anlass

Einschränkungen

Gültigkeit der Schweigepflichtentbindung:

☐ Nur für den unten genannten Anlass

☐ Ab Unterzeichnung bis Widerruf

Falls befristet bis

04 Einwilligung und Unterschrift

Ich erteile diese Einwilligung freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich sie jederzeit ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Freigabe umfasst keine Befugnis, an meiner Stelle in medizinische Maßnahmen einzuwilligen oder sie abzulehnen.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT / IN

Vor der Abgabe: Anwendungsbereich auswählen, beide Personen eindeutig benennen, unterschreiben und ggf. ein Ausweisdokument der bevollmächtigten Person bereithalten.