

VOLLMACHT

für Arztangelegenheiten

VERTRAULICH

Erklärung zur Wahrnehmung ausgewählter organisatorischer und medizinischer Informationsangelegenheiten. **Bitte Zutreffendes auswählen.**

01 BETEILIGTE PERSONEN · wer erteilt die Vollmacht?

Name der Patientin / des Patienten

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon (optional)

BEVOLLMÄCHTIGTE PERSON

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon (optional)

02 EMPFÄNGER DER ERKLÄRUNG · Praxis / Arzt / medizinische Einrichtung

ARZT / PRAXIS / EINRICHTUNG

ORT

03 UMFANG DER VOLLMACHT · nur angekreuzte Befugnisse☐ Termine vereinbaren oder ändern☐ Rezepte / Überweisungen abholen☐ Befunde und Arztbriefe abholen☐ Patientenakte einsehen / Kopien erhalten☐ Medizinische Auskünfte erhalten☐ An Arztgesprächen teilnehmen**SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG & DATENWEITERGABE**

Ich entbinde die oben bezeichnete medizinische Einrichtung und das dort beteiligte Behandlungspersonal gegenüber der bevollmächtigten Person **ausschließlich für die angekreuzten Befugnisse** von der ärztlichen Schweigepflicht. In die dafür erforderliche Offenlegung meiner Gesundheitsdaten willige ich freiwillig ein.

04 GÜLTIGKEIT & BEGRENZUNG · bitte eine Laufzeit auswählen☐ Einmalig☐ Befristet bis☐ Bis auf Widerruf
ab Unterzeichnung**BESONDERE EINSCHRÄNKUNGEN / KONKRETER ANLASS (OPTIONAL)****05 ERKLÄRUNG & UNTERSCHRIFT**

Diese Vollmacht umfasst **keine Entscheidungen über Einwilligung oder Ablehnung medizinischer Behandlungen**. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der vollmachtgebenden Person