

Vollmacht / Schweigepflichtentbindung

Ich,

Vorname	Nachname des Vollmachtgebers*	Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	
PLZ	Wohnort	
Telefonnummer	Mobilfunkrufnummer	E-Mail-Adresse

erteile der Patientenfürsprecherin bzw. dem Patientenfürsprecher

- _____
- _____

der / des _____
Name der Klinik / des Klinikums

Vollmacht in meiner Angelegenheit nachzufragen bzw. tätig zu werden oder mein Anliegen weiterzuleiten.

Ich, _____ entbinde

1. die im Folgenden aufgeführten Ärzte und Institutionen gegenüber den oben namentlich benannten Personen von der ärztlichen Schweigepflicht.
2. die oben namentlich benannten Personen gegenüber den im Folgenden aufgeführten Ärzten und Institutionen von der Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung dient insbesondere der Kenntniserlangung, der weiteren Klärung des Sachverhaltes und der Weitergabe von Informationen.

Bitte geben Sie den Namen der Institution bzw. der Ärzte mit der vollständigen Adresse an.

- _____
- _____
- _____
- _____

