

Vollmacht zur Vertretung in der Hausarztpraxis Dr. Taraben

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit bevollmächtige ich

Name der bevollmächtigten Person:

Geburtsdatum:

Adresse:

mich in meiner hausärztlichen Versorgung zu vertreten. Die Vollmacht umfasst insbesondere:

- Die Teilnahme an Arztgesprächen und die Entgegennahme medizinischer Informationen.
- Die Einsichtnahme in meine Patientenakte, soweit dies erforderlich ist.
- Die Klärung organisatorischer und administrativer Angelegenheiten im Rahmen der hausärztlichen Versorgung.

Diese Vollmacht gilt ab dem und ist:

[] unbefristet

[] gültig bis zum

Ich bin mir darüber im Klaren, dass die bevollmächtigte Person Zugang zu sensiblen medizinischen Informationen erhält. Ich entbinde das medizinische Personal meiner Hausarztpraxis in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht gegenüber der oben genannten Person.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift Bevollmächtigte/r: _____