

VOLLMACHT FÜR ÄRZTLICHE ANGELEGENHEITEN

Name des Vollmachtgebers: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Vollmachtnehmer (Person, die bevollmächtigt wird):

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Vollmachtumfang:

Hiermit bevollmächtige ich oben genannte Person, mich in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und sonstigen medizinischen Einrichtungen zu vertreten, insbesondere: - Einsicht in meine Patientenakte zu nehmen, - medizinische Auskünfte einzuholen, - Behandlungen zuzustimmen oder abzulehnen, - Entscheidungen bezüglich Diagnosen, Therapien und Operationen zu treffen, - Kontakt mit Krankenkassen und anderen Institutionen aufzunehmen.

Gültigkeit der Vollmacht:

Diese Vollmacht gilt ab Unterzeichnung und bleibt gültig, bis sie schriftlich widerrufen wird.

Sonstige Vereinbarungen:

Vollmachtgeber

Vollmachtnehmer

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/vollmacht-fur-arzt-angelegenheiten/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.