

VOLLMACHT FÜR KRANKENHAUSAUFENTHALT

Name des Vollmachtgebers: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit bevollmächtige ich:

Name der bevollmächtigten Person: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Vollmachtumfang:

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, mich in allen Angelegenheiten, die meinen Krankenhausaufenthalt betreffen,

- Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen, Untersuchungen und Behandlungen
- Einsicht in meine Patientenakten und medizinische Unterlagen
- Kommunikation mit Ärzten, Pflegepersonal und anderen Krankenhausmitarbeitern
- Entscheidung über Aufnahme, Verlegung und Entlassung
- Empfangnahme von Mitteilungen und Dokumenten
- Wahrnehmung meiner Rechte als Patient in meinem Namen

Diese Vollmacht gilt, solange ich nicht selbst in der Lage bin, meine Angelegenheiten wahrzunehmen, bis auf Widerruf.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Vollmachtgeber: _____

Vollmachtgeber

Bevollmächtigte Person

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/vollmacht-krankenhaus/>

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.