

Vollmacht

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Hiermit bevollmächtige ich die Patientenfürsprecherin / den
Patientenfürsprecher des Krankenhauses / Klinikums

_____ in meiner
Angelegenheit nachzufragen / meine Beschwerde weiterzuleiten.

Ich entbinde die zuständigen Ärzte und Institutionen von der
Schweigepflicht.

Erläuterungen, Einschränkungen und weitere Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis:

Sollten Sie als Betreuerin oder Betreuer nach dem Betreuungsgesetz für die Belange einer/eines Betroffenen die Vollmacht unterschreiben, so legen Sie bitte zusätzlich eine Kopie Ihres Betreuerausweises bei.