

Vollmacht / Schweigepflichtentbindung

Ich,

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

erteile der Demenzbeauftragten bzw. dem Demenzbeauftragten

- _____
- _____

des / der _____
(Name des Krankenhauses / der Klinik)

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:

- _____
- _____
- _____
- _____

Erläuterungen, Einschränkungen und weitere Angaben:

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht bzw. Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

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