

# Vollmacht und Schweigepflichtentbindung



Vollmachtgeber:in (Patient:in)

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Vollmachtnehmer:in (auskunftsberechtigte Person)

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

## Umfang der Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, \_\_\_\_\_, die oben genannte Person, \_\_\_\_\_, mich in allen Angelegenheiten der Auskunftserteilung gegenüber der an meiner Behandlung beteiligten Ärztinnen/Ärzten, Therapeutinnen/Therapeuten, dem Pflegepersonal sowie der Verwaltung zu vertreten.

Die Vollmacht umfasst insbesondere das Recht,

- mündliche und telefonische Auskünfte zum Gesundheitszustand, zum Verlauf der Behandlung/Operation und zu geplanten sowie durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu erhalten,
- Einsicht in meine Patientenakte zu nehmen und Kopien/Ausdrucke von Befunden, Arztbriefen, Labor- und Bildgebungsbefunden zu erhalten,
- über Entlassungsplanung, Nachsorge und Reha-Maßnahmen informiert zu werden,
- organisatorische Auskünfte (z. B. Besuchszeiten, Ansprechpartner, Termine) zu erhalten.

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle mich behandelnden oder an der Behandlung beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Pflegekräfte sowie sonstiges medizinisches Personal und Verwaltung der oben genannten Einrichtung(en) sowie ggf. vor- und nachbehandelnde Praxen/Kliniken von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Vollmachtnehmer:in. Mir ist bekannt, dass im Rahmen der Auskunftserteilung gesundheitsbezogene Daten (besondere Kategorien personenbezogener Daten) verarbeitet und an die bevollmächtigte Person übermittelt werden. Die Weitergabe erfolgt ausschließlich zur Erfüllung dieser Vollmacht. Eine weitergehende Nutzung durch den/die Empfänger:in bedarf meiner gesonderten Zustimmung.

Die Vollmacht gilt ab Unterzeichnung und ist bis zum Widerruf gültig. Ein Widerruf ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft möglich; er bedarf der Textform und ist der behandelnden Einrichtung mitzuteilen.

Die auskunftserteilende Stelle ist berechtigt, einen geeigneten Identitätsnachweis des/der Vollmachtnehmer:in (z. B. amtlicher Lichtbildausweis) zu verlangen. Ausfertigungen Kopien und elektronische Übermittlungen dieser Vollmacht (z. B. Scan, Foto) sind der Originalurkunde gleichgestellt.

Ort/Datum der Unterschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift Vollmachtgeber :in (Patient:in):\_\_\_\_\_

Eine Ausfertigung ist der Patientenakte beizufügen und bis zum Widerruf aufzubewahren.