

# Vollmacht

Patient/Patientin

Krankenhaus, Station und Zimmer

Privatanschrift (optional)

Aufnahme- und Entlassungsdatum

von

bis

Telefonnummer (optional)

Betreuer/in bzw. Sorgeberechtigte/r

Hiermit bevollmächtige ich die Patientenfürsprecherin bzw. den Patientenfürsprecher in meiner Angelegenheit nachzufragen, meine Beschwerde weiterzuleiten bzw. meine Interessen zu vertreten. Ich entbinde die zuständigen Ärztinnen und Ärzte sowie Institutionen von der Schweigepflicht.

Erläuterungen, Einschränkungen und weitere Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

Ort / Datum / Unterschrift (ggf. Betreuer/in bzw. Sorgeberechtigte/r)

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.