

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

- Die Patientenbeauftragte für Berlin -
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Vollmacht

Name

Anschrift

.....
.....

.....
.....

Telefonnummer

.....

Hiermit bevollmächtige ich das Büro der Patientenbeauftragten für Berlin in meiner Angelegenheit nachzufragen / meine Beschwerde weiterzuleiten. Ich entbinde die zuständigen Ärzte und Institutionen von der Schweigepflicht.

Einschränkungen:

.....
.....
.....

.....
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.