



## Vollmacht

Die ärztliche Schweigepflicht verbietet es uns, personenbezogene Auskünfte an Dritte weiterzugeben. Als Dritte gelten auch enge Familienangehörige.

Hiermit bieten wir Ihnen die Möglichkeit, Personen zu bestimmen, denen wir personenbezogene Auskünfte über Sie geben dürfen.

Füllen Sie bitte diese Vollmacht entsprechend Ihren Anforderungen aus.

Bitte kreuzen Sie unbedingt an, welchen Umfang die Vollmacht haben soll.

Händigen Sie uns die Vollmacht im Original, mit Ihrer und der Unterschrift der/des bevollmächtigten Dritten, aus.

### Vollmachtgeber/in:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

### Ich bevollmächtige hiermit (Bevollmächtigte/r)

1.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

2.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

3.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

### Bitte im Folgenden nur ein Feld ankreuzen:

- 1. Auskünfte zu erhalten
- 2. Personenbezogene Daten des Vollmachtgebers abzugeben bzw. entgegenzunehmen (beinhaltet Punkt 1)
- 3. sowie rechtsverbindliche Willenserklärungen abzugeben bzw. entgegenzunehmen (beinhaltet Punkt 1+2)

Einschränkungen/ Ergänzungen: \_\_\_\_\_

Die Vollmacht gilt über den Tod der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers hinaus. Ihre/seine Erben können sie widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vollmachtgeberin / des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Bevollmächtigten