

Vollmacht für medizinische Angelegenheiten (Hausarzt)

Ich, _____
[Vor- und Nachname des Patienten]

geboren am: _____ [Geburtsdatum des Patienten]

Adresse: _____

[Anschrift]

bevollmächtige hiermit

[Name der bevollmächtigten Person]

geboren am: _____ [Geburtsdatum des Patienten]

Adresse: _____

[Anschrift]

mich in allen medizinischen Angelegenheiten gegenüber meiner
Hausarztpraxis

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Claudia Kluge & Dr. med. Felicitas Luchner

Karlsruher Str. 14,

76461 Muggensturm

sowie anderen behandelnden Ärzten zu vertreten.

Diese Vollmacht umfasst insbesondere:

- Einsicht in meine Patientenakte
- Erhalt von Auskünften über meinen Gesundheitszustand
- Entgegennahme von Befunden, Arztbriefen und Rezepten
- Kommunikation mit dem Hausarzt in meinem Namen
- Vereinbarung und Koordination von Terminen

Ich entbinde meinen Hausarzt sowie alle behandelnden Ärzte ausdrücklich von der Schweigepflicht gegenüber der oben genannten bevollmächtigten Person.

Diese Vollmacht gilt ab dem _____(Datum) und bleibt bis auf Widerruf gültig.

Ort, Datum: _____

1

Unterschrift: _____

1