

# VOLLMACHT ÄRZTLICHE AUSKUNFT

Ort : \_\_\_\_\_ Datum : \_\_\_\_\_

## **Vollmachtgeber (Patient) :**

Vor- und Nachname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

## **Bevollmächtigter :**

Vor- und Nachname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

## **Vollmacht :**

Hiermit bevollmächtige ich den oben genannten Bevollmächtigten, ärztliche Auskünfte über meine Person einzuholen und alle notwendigen Gesundheitsdaten einzusehen, insbesondere Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen sowie Labor- und Röntgenergebnisse. Diese Vollmacht gilt ausschließlich für den Zweck der medizinischen Information und Beratung.

## **Dauer der Vollmacht :**

Die Vollmacht gilt ab Unterzeichnung und bleibt bis auf Widerruf gültig. Ein Widerruf muss schriftlich erfolgen.

## **Hinweis gemäß Datenschutz :**

Die Erhebung und Weitergabe meiner Gesundheitsdaten erfolgt auf Basis dieser Vollmacht und unter Beachtung der geltenden Datenschutzgesetze.

**UNTERSCHRIFT VOLLMACHTGEBER**

**UNTERSCHRIFT BEVOLLMÄCHTIGTER**

Unterschrift : \_\_\_\_\_

Unterschrift : \_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://schnellmuster.com/vollmacht-arztliche-auskunft-vorlage/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://schnellmuster.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.