Innere Med 10

Dr. Jutta Gisinger
Dr. Pia-Maria Fasol
Dr. Elisabeth Danhorn
Fachärzte für Innere Medizin OG

PATIENTEN - VOLLMACHT

Ada-Christen-Gasse 2/F/2, A-1100 Wien

Patient:

Name: .....

SVNr.: .....

Bevollmächtigte/r:

Herr/Frau

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt und das Ordinationspersonal oben genannter Person gegenüber von ihrer Schweigepflicht zu meiner Person entbunden sind.

Der Bevollmächtigte darf in meinem Namen sämtliche Auskünfte zu meinem Gesundheitszustand und Einsicht in meine Krankenunterlagen erhalten. Ebenso darf er sämtliche administrative Tätigkeiten übernehmen wie zB die Bestellung von Rezepten oder die Abholung von Befunden.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Erlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum

Unterschrift des Patienten

....