Vollmacht für die ärztliche Auskunft

- Schweigepflichtsentbindung -

Vollmachtgeber/in	**Vollmachtnehmer/in**
_____	_____
Name, Vorname	**Name, Vorname**
_____	_____
Anschrift	**Anschrift**
_____	_____
Geburtsdatum/-ort	**Geburtsdatum/-ort**

Herr/Frau _____ wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal sowie dem Träger einer Einrichtung zu erhalten.

Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____
Unterschrift Vollmachtgeber/in	**Unterschrift Vollmachtnehmer/in**