

AUSKUNFTSVOLLMACHT KRANKENHAUS

Ort : _____ Datum : _____

Angaben des Vollmachtgebers :

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Telefonnummer : _____

Angaben des Bevollmächtigten :

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Telefonnummer : _____

Vollmachtserklärung :

Hiermit bevollmächtige ich den oben genannten Bevollmächtigten, mich gegenüber allen Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen in Deutschland zu vertreten und Auskünfte über meine Person, Behandlungen und Gesundheitsdaten gemäß § 630g BGB zu erhalten sowie notwendige Erklärungen zu unterschreiben.

Geltungsdauer der Vollmacht :

Diese Vollmacht gilt ab Unterzeichnung und bleibt bis auf Widerruf gültig.

Widerrufsbelehrung :

Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist gegenüber dem Bevollmächtigten und den betroffenen Einrichtungen zu erklären.

Haftungsausschluss :

Der Vollmachtgeber stellt den Bevollmächtigten von sämtlichen Ansprüchen Dritter frei, die aus rechtmäßiger Erfüllung der Vollmacht entstehen.

UNTERSCHRIFT VOLLMACHTGEBER

UNTERSCHRIFT BEVOLLMÄCHTIGTER

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentklar.com/auskunftsvollmacht-krankenhaus/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentklar.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.