Vollmacht / Schweigepflichtentbindung

Hiermit erteile ich (Patient/in)

Familienname*	Vorname*
Geburtsdatum*	

der folgenden Person

Familienname*	Vorname*
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Telefon	E-Mail

Bitte ankreuzen:

☐ **Angehörige/r** ☐ ****gerichtlich bestellte/r Betreuer/in** ☐ **anderes**

die Vollmacht, in meinem Auftrag im Klinikum Hersfeld-Rotenburg in folgender Angelegenheit Auskünfte einzuholen:

Datum des Aufenthaltes

Ich entbinde die Ärzte/innen und andere Mitarbeiter/innen der Klinikum Bad Hersfeld GmbH diesbezüglich von der Schweigepflicht.

_____

***Datum**

_____

***Unterschrift**
(Patient/in oder Personensorgeberechtigte/r***)

_____

***Unterschrift**
(Minderjährige/r)

Bei Minderjährigen ab 14 Jahren zusätzliches Einverständnis der / des Minderjährigen.

* Pflichtfelder

** Sollten Sie als Betreuer/in nach dem Betreuungsgesetz für die Belange einer/eines Betroffenen die Vollmacht unterschreiben, so legen Sie bitte zusätzlich eine Kopie Ihres Betreuerausweises / Ihrer Vollmacht bei.

*** Bei Minderjährigen Unterschrift der sorgeberechtigten Eltern. Unterschreibt ein Elternteil, sofern dieser sorgeberechtigt ist, allein, so erklärt er hiermit, dass er zugleich im Namen des anderen Elternteils handelt.