



## VOLLMACHT

mit welcher ich (wir) der Tiroler Patientenvertretung die allgemeine, uneingeschränkte und alleinige Vollmacht erteile(n) und diese ermächtige(n), mich (uns) in ihrer Funktion als Patientenvertretung gemäß § 1 Abs. 1 des Gesetzes über die Tiroler Patientenvertretung, LGBl Nr. 40/2005, zu vertreten und nach deren Ermessen sämtliche Aufgaben im gesetzlichen Rahmen wahrzunehmen, insbesondere Krankengeschichten mit sämtlichen Berichten, Dokumentationen, Befunden, etc. einzuholen und mit der ich (wir) gleichzeitig die Patientenvertretung ersuche(n), in meiner (unserer) Beschwerde-Angelegenheit zu vermitteln.

Mit dieser Vollmacht entbinde ich alle Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber den Bediensteten der Tiroler Patientenvertretung in Ausübung ihrer Tätigkeit von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Diese Vollmacht wird ausdrücklich und ausschließlich der Tiroler Patientenvertretung erteilt. Eine Weitergabe und / oder Einsichtnahme in die Krankengeschichte oder Teile derselben an / durch andere Personen, die nicht in den konkreten Behandlungsablauf involviert sind, wird ausdrücklich untersagt und eine Zustimmung hiezu nicht erteilt.

### PatientIn:

Vor- und Zuname	geboren am
Adresse	Beruf
telefonisch erreichbar unter	e-mail

....., am .....

.....  
Unterschrift

**Bitte wenden**

**Vertretungsperson** (für den Fall, dass sich der/die PatientIn nicht selbst vertreten kann oder will):

Vor- und Zuname	
Verhältnis zum/zur PatientIn (z.B. Mutter, Vater, Sachwalter, sonstiger Vertreter)	
Adresse	
telefonisch erreichbar unter	e-mail

....., am .....

.....

Unterschrift