Einrichtung des Landes Tirol
Tiroler Patientenvertretung

Meraner Straße 5
6020 Innsbruck
patientenvertretung@tirol.gv.at
www.tirol.gv.at

Informationen zum rechtswirksamen Einbringen und Datenschutz unter www.tirol.gv.at/information

VOLLMACHT

mit welcher ich der Tiroler Patientenvertretung die allgemeine, uneingeschränkte und alleinige Vollmacht erteile und diese ermächtige, mich in ihrer Funktion als Patientenvertretung gemäß § 1 Abs. 1 des Gesetzes über die Tiroler Patientenvertretung, LGBl. Nr. 40/2005, zuletzt geändert durch das Gesetz LGBl. Nr. 144/2018 in der von mir geschilderten Angelegenheit zu vertreten und nach deren Ermessen sämtliche Aufgaben im gesetzlichen Rahmen wahrzunehmen, insbesondere Krankengeschichten mit sämtlichen Berichten, Dokumentationen, Befunden, usw. sowie Aktenunterlagen der Sozialversicherungsträger einzuholen. Mit dieser Vollmacht ersuche ich gleichzeitig die Patientenvertretung, in meiner Beschwerde-Angelegenheit zu vermitteln.

Mit dieser Vollmacht entbinde ich alle Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Rettungsdiensten, der Leitstelle Tirol sowie der Sozialversicherungsträger gegenüber den Bediensteten der Tiroler Patientenvertretung in Ausübung ihrer Tätigkeit von ihrer gesetzlichen oder jeder sonstigen 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 hierzu nicht erteilt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich diese Vollmacht jederzeit widerrufen kann.

Patient*in:

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

_____ , am _____ _____

Unterschrift

Bitte wenden

Vertretungsperson

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

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

_____ , am _____ _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

_____

Unterschrift der Vertretungsperson