



Amt der Tiroler Landesregierung

**Tiroler Patientenvertretung**

Vor- und Familienname (Titel) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

## VOLLMACHT

Ich möchte meine Sterbeverfügung vor der Tiroler Patientenvertretung errichten.

Ich bin damit einverstanden und ermächtige die Tiroler Patientenvertretung,

- Einsicht in meine Gesundheitsdaten zu nehmen,
- zu meinen Identifikationsdaten Einsicht in staatliche Register, insbesondere das Zentrale Melderegister und das Sterbeverfügungsregister sowie Urkunden und andere Dokumente zu nehmen und Auszüge daraus zu erstellen,
- im Sterbeverfügungsregister erforderliche Einträge und Ergänzungen auf der Grundlage der ärztlichen Bestätigungen oder sonstigen Zeugnissen durchzuführen,
- in Kontakt mit Gesundheitsdiensteanbietern, die im Rahmen des Sterbeverfügungsgesetzes tätig werden, zu treten, diesen Informationen zu geben und von diesen Informationen einzuholen,

um die im Sterbeverfügungsgesetz und allfälligen bezughabenden Verordnungen und Standards grundgelegten erforderlichen Abklärungen und Schritte zu setzen und in diesem Rahmen und Umfang meine Daten zu verarbeiten.

Die Informationen zum Datenschutz, ersichtlich unter

[Allgemeine Datenschutzerklärung des Landes Tirol | Land Tirol](#)

habe ich gelesen und verstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erlaube der Tiroler Patientenvertretung unten angeführter Vertretungsperson Auskünfte zu geben, die in Zusammenhang mit der Erstellung meiner Sterbeverfügung stehen:

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

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

.....  
Unterschrift sterbewilligen Person

.....  
Unterschrift der Vertretungsperson