

Vollmacht - Akteneinsicht und Auskünfte

Der sorgfältige Umgang mit den uns anvertrauten Patientendaten ist uns wichtig. Um Ihre persönlichen Daten weitergeben zu dürfen, benötigen wir diese ausgefüllte und unterzeichnete Vollmacht. Bitte legen Sie einen amtlichen Ausweis in Kopie bei.

Patient/in

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname

Nachname

Geschlecht m w d

Geburtsdatum

Strasse und Nr.

PLZ und Wohnort

Patient/in ist auch Vollmachtgeber/in

Gesetzliche Vertretung

(Falls Patient nicht urteilsfähig/unterschriftenberechtigt)

Vorname

Nachname

Bezug zu Patient/in

Geburtsdatum

Tel./Mobil

E-Mail

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in
(oder gesetzliche Vertretung)

Ich befreie die Medvadis AG im folgenden definierten Umfang von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht. Diese Vollmacht ist gültig, bis ich sie schriftlich widerrufe.

Umfang der Vollmacht

- Hiermit bevollmächtige ich, die nachfolgend genannte Person, bei der Medvadis AG Auskunft über meine medizinische Situation einzuholen.

Visum Vollmachtgeber/in _____

- Hiermit bevollmächtige ich, die nachfolgend genannte Person, meine Patientendaten einzusehen. Darin eingeschlossen sind insbesondere medizinische Berichte und Gutachten.

Visum Vollmachtgeber/in _____

- Hiermit bevollmächtige ich, die nachfolgend genannte Person, bei der Medvadis AG eine Kopie der Akten einzuholen. Die Akten dürfen der bevollmächtigten Person durch die Medvadis AG ausgehändigt werden.

Visum Vollmachtgeber/in _____

Bevollmächtigte Person

Vorname

Nachname

Geschlecht m w d

Institution

Strasse und Nr.

PLZ und Wohnort

Telefon

E-Mail

Ort, Datum:

Unterschrift bevollmächtigte Person:

Die bevollmächtigte Person muss sich ebenfalls ausweisen können bei Vorlegen dieses Dokumentes.

INTERN, bitte nicht ausfüllen

- ein amtlicher Ausweis des Patienten oder der gesetzlichen Vertretung liegt bei.
- ein amtlicher Ausweis der bevollmächtigten Person wurde von der Medvadis AG kontrolliert.

Ausweis-Nummer: _____