

Patienten | Anwaltschaft | **KÄRNTEN**

ST. VEITER STRASSE 47, A-9026 KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE

☎ (0463) 57230 FAX: (0463) 538 23195

E-Mail: [patientenanwalt@ktn.gv.at](mailto:patientenanwalt@ktn.gv.at)

PATIENT: Name: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

GESETZLICHER Name: .....

VERTRETER/ Adresse: .....

ANGEHÖRIGER: Telefon: .....

Gerichtsbeschluss:.....

Verwandtschaftsverhältnis: .....

Ich erteile der Patienten-anwaltschaft die

**VOLLMACHT**

im Sinne des Patienten-anwalts-gesetzes, des § 58 a des Ärz-te-gesetzes und/oder des § 41 des Zahn-ärz-te-gesetzes tätig zu werden und mich zu vertreten.

Ich ermäch-tige die Patienten-anwaltschaft meine Kranken-un-ter-lagen ein-zu-ho-len und alle Daten und In-fo-r-ma-tio-nen an Dritte wei-ter-zu-ge-ben, so-wieit dies zur Be-ar-bei-tung und Durch-set-zung mei-nes An-lie-gens er-for-der-lich und zweck-mä-ßig ist.

Ich be-schrän-ke mei-ne Ermäch-tigung auf die Be-hand-lung im Kran-ken-haus/beim nie-dер-ge-las-se-nen Arzt ..... am/von/bis .....

Klagenfurt, am .....

Unterschrift: .....