



PATIENT: Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

**GESETZLICHER
VERTRETER/
ANGEHÖRIGER:** Name: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
Gerichtsbeschluss: _____
Verwandtschaftsverhältnis: _____

Ich erteile der Patienten-anwaltschaft die

VOLLMACHT

im Sinne des Kärntner Patienten- und Pflegeanwaltschaftsgesetzes, des § 58 a des Ärztegesetzes und/oder des § 41 des Zahnärztegesetzes tätig zu werden und mich zu vertreten. Ich ermächtige die Patienten-anwaltschaft meine Krankenunterlagen einzuholen und alle Daten und Informationen an Dritte weiterzugeben, soweit dies zur Bearbeitung und Durchsetzung meines Anliegens erforderlich und zweckmäßig ist. Des Weiteren entbinde ich alle angesprochenen Gesundheitsdienstleister von ihrer beruflichen Verschwiegenheitspflicht.

Ich beschränke meine Ermächtigung auf die Behandlung im Krankenhaus/beim niedergelassenen Arzt _____ am/von/bis _____

Klagenfurt, am _____ Unterschrift: _____

ADRESSE
Völkermarkter Ring 31, 9020 Klagenfurt

TELEFON / FAX
+43 (0) 463 57230 , +43 (0) 463 57230 57100

E-MAIL
patientenanwalt@ktn.gv.at