



## **ABBERUFUNG des bestimmten BEVOLLMÄCHTIGTEN**

### **im Rahmen der Patientenvertretung**

(Art. 14, §1 des Gesetzes vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten)

- Ich Unterzeichnete(r), ..... widerrufe hiermit die Bestimmung der nachstehende Person als Bevollmächtigte(r) vom ..../..../.....

▪ Persönliche Angaben des abberufenen Bevollmächtigten:

- Name und Vorname:
- Adresse:
- Telefonnummer:
- Geburtsdatum:

Ausgestellt zu (Ort)....., den (Datum) .....

*Unterschrift des Patienten*

**Empfehlung:**

Es wird empfohlen, diejenigen Personen, die eine Originalfassung der Bestimmung vom .../.../..... erhalten haben, zu benachrichtigen.