



Bestimmung einer VERTRAUENSPERSON

Gesetz vom 22. August 2002 zu den Patientenrechten (Art. 7, §2, Art. 9, §2, Art. 9, §3)

Ich Unterzeichnete(r), (Name, Vorname des Patienten),
bestimme die nachstehende Person als meine Vertrauensperson, die auch in meiner
Abwesenheit befugt ist, folgende Rechte auszuüben:

**das Recht sich über meinen Gesundheitszustand und dessen mögliche
Entwicklung zu informieren**

Zeitraum:
(z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, ...):
.....

das Einsichtsrecht in meine Patientenakte

Zeitraum:
(z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, ...):
.....

das Recht eine Kopie meiner Patientenakte anzufordern.

Zeitraum:
(z.B. bis zum Datum XX, für eine unbestimmte Zeit, ...)

Name des betreffenden Arztes (z.B. der Hausarzt, ...):
.....

▪ **Identität des Patienten:**

- Adresse:
- Telefonnr.: Geburtsdatum

▪ **Identität der Vertrauensperson**

- Name und Vorname:
- Adresse:
- Telefonnr.: Geburtsdatum

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

Unterschrift des Patienten

Empfehlung: Es wird empfohlen, drei Ausfertigungen dieses Formulars zu verfassen. Eine Ausfertigung bleibt im Besitz des Patienten, die zweite im Besitz der Vertrauensperson und die dritte im Besitz des behandelnden Arztes, bei dem die Vertrauensperson in Abwesenheit des Patienten, Informationen, Einsicht in die Patientenakte und eine Kopie der Patientenakte erhält.

Information: Der Patient kann den behandelnden Arzt jederzeit wissen lassen, dass die Vertrauensperson nicht mehr befugt ist, die oben genannten Rechte auszuüben.