



Bestimmung eines BEVOLLMÄCHTIGTEN

im Rahmen der Patientenvertretung

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

- Ich Unterzeichnete(r) bestimme die nachstehend benannte Person, um mich zu vertreten, solange ich nicht in der Lage bin meine Rechte als Patient selbst auszuüben.

- Persönliche Daten des Patienten:

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

- Persönliche Daten des Bevollmächtigten:

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

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

Unterschrift des Patienten

- Ich nehme meine Bestimmung zum Vertreter wie oben vorgesehen an und trage dafür Sorge den Patienten in den vorgesehenen Fällen, in denen er nicht in der Lage ist, seine Rechte auszuüben, zu vertreten.

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

Unterschrift des Bevollmächtigten

Empfehlungen:

1. Dem Patienten wird empfohlen, zwei Ausfertigungen dieses Formulars zu verfassen. Eine Ausfertigung bleibt im Besitz des Bevollmächtigten, die zweite im Besitz des Patienten. Eine Kopie kann dem Familienarzt oder einem anderen vom Patienten bestimmten Arzt zugestellt werden. In diesem Fall handelt es sich um den Arzt..... (vom Patienten auszufüllen).
2. Die Bestimmung des Bevollmächtigten kann zu jeder Zeit durch ein datiertes und unterzeichnetes Schriftstück widerrufen werden. In diesem Fall wird empfohlen, diejenigen Personen, die eine Originalfassung des Bestimmungsformulars erhalten haben, zu benachrichtigen.