

Vertretungsvollmacht

Der Vollmachtgeber / die Vollmachtgeberin

Name	Vorname	Geburtsdatum

ermächtigt

Name	Vorname	Geburtsdatum

alle erforderlichen Handlungen im Rahmen dessen/deren elektronischen Gesundheitsdossiers vorzunehmen. Dazu zählen insbesondere, die Durchsetzung des Widerspruchs- und Widerrufsrechts, die Erteilung von Zugriffsberechtigungen, die Ausblendung und Löschung von Daten sowie die Einholung von Auskünften zu Gesundheitsdaten, genetischen Daten sowie zu Protokolldaten. Meine Vertretung hat uneingeschränkte Einsicht und Zugriff auf mein elektronisches Gesundheitsdossier und hat die erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Die Vollmacht ist jederzeit widerrufbar.

Ort, Datum

Unterschrift der Vollmachtgeber/die Vollmachtgeberin