

# Vollmacht

mit welcher die  
**Patienten-anwaltschaft Vorarlberg**  
Marktplatz 8  
6800 Feldkirch

als Vollmachtnehmerin berechtigt ist, mich bzw. die mich vertretende Person im außergerichtlichen Verfahren zu vertreten und sämtliche Unterlagen einzuholen und einzusehen, welche zur Erfüllung des erteilten Auftrages notwendig sind. Zugleich werden alle betroffenen Berufsgruppen, Institutionen sowie Gesundheitsdiensteanbieter gegenüber der Patienten-anwaltschaft Vorarlberg und berechtigten Dritten von ihrer Verschwiegenheitspflicht entbunden.

Art und Umfang der konkret einzuholenden Informationen und Unterlagen ergeben sich aus dem Auftrag sowie aus den dokumentierten Gesprächen bzw. Vorbringen der Vollmachtgeber\*in oder deren Vertreter\*in.

Im Zuge der Vertragserfüllung ist es in der Regel notwendig, Informationen und Unterlagen an berechnigte Dritte weiterzugeben (z.B. an beauftragte Gutachter\*innen, Haftpflichtversicherungen, Schiedskommission, Rechtsanwält\*innen, Gerichte, andere Patienten-anwaltschaften). Diese berechtigten Dritten unterliegen ebenso wie die Patienten-anwaltschaft Vorarlberg der Pflicht zur Verschwiegenheit und dem Datenschutz.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mit der Inanspruchnahme der Patienten-anwaltschaft die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verbunden ist (siehe dazu Informationsblatt „Meine Rechte im Datenschutz“).

Ich erteile meine Einwilligung, dass die Patienten-anwaltschaft meine Daten zum Zwecke der Statistik, des Berichtswesens und der Führung von Datenbanken in anonymisierter Form verarbeiten darf.

## Daten der Klient\*in:

Vor- und Zuname: .....

geboren am: .....

SVNR: .....

Straße /Hnr. /Top .....

PLZ, Ort: .....

..... , am .....

Unterschrift der Klient\*in / der Vertreter\*in:

.....

\* im Vertretungsfall bitte auch die Art der Vertretung, Name, Adresse und Telefonnummer der Vertreter\*in angeben!