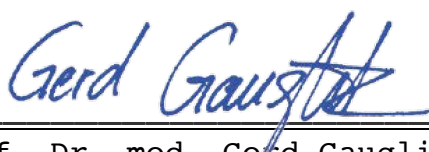


Vollmacht für ärztliche Auskünfte

Vollmachtgeber	Vollmachtnehmer
Vorname Nachname Geb.datum Strasse Hsnr. PLZ Wohnort Telefon <small style="text-align: right;">Name / Anschrift / Geburtstag des Vollmachtgebers</small>	Prof. Dr. med. Gerd Gauglitz Facharzt für Dermatologie und Venerologie Baaderstraße 86 · 80469 München Tel. 089 - 18 24 18 hautarzt-glockenbach.com gauglitz@tomedo.kim.telematik LANR 442820021 BSNR 631620700 <small style="text-align: right;">Name / Anschrift des Vollmachtnehmers</small>
<p>Der Vollmachtnehmer wird von mir, dem Vollmachtgeber, durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal sowie den Trägern der Einrichtungen zu erhalten.</p> <p>Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden.</p> <p>Die behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden. Diesem/Dieser ist im weitestgehend möglichen Umfang ein Besuchsrecht zu gestatten.</p>	
<small>Ort, Datum</small>	
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>	 <hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-top: 5px;"/>
<small>Unterschrift Vollmachtgeber</small>	Prof. Dr. med. Gerd Gauglitz <small>Unterschrift Vollmachtnehmer</small>