

Vollmacht zur Weitergabe meiner Patientenakte

Vollmachtgeber:

Bisheriger Arzt:

Dr. Ina Wilberg, Siebigeröder Straße 19, 06308 Klostermansfeld

Bevollmächtigter:

Ellen Kursawe, Untere Bahnhofstraße 9, 06333 Hettstedt (Nebenstandort
voraussichtlich ab 02.01.2026, Siebigeröder Straße 19, 06308 Klostermansfeld)

Vollmachtserklärung:

Hiermit erteile ich, [Vollmachtgeber], meiner bisherigen Ärztin, Frau Dr. med. Ina Wilberg, die Vollmacht, meine Patientenakte und alle relevanten medizinischen Informationen an die nachfolgende Ärztin, Frau Ellen Kursawe, weiterzugeben.

Diese Vollmacht umfasst die Übertragung sämtlicher medizinischen Unterlagen, Diagnosen und Behandlungen, die für meine gesundheitliche Versorgung relevant sind.

Die Vollmacht tritt mit Unterzeichnung in Kraft und bleibt bis auf Widerruf gültig.

Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber:
