

**Auskunftsvollmacht**  
**für die Konsultation vom .....** (bitte zum begleitenden Termin mitbringen!)

**Behandelnder Arzt / Ärztin:**

Name / Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

**Patient / Patientin:**

Name / Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

**Begleitperson:**

Name / Vorname: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

---

Ich gewähre der behandelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt und der Begleitperson der amm eine Auskunftsvollmacht für den o.g. Konsultationstermin.

Die Begleitperson steht unter Schweigepflicht. Sie kann sich während der Konsultation Notizen machen. Diese werden nur als Gedächtnisstütze für eine allfällige Nachbesprechung benutzt und anschliessend vernichtet.

**Ort / Datum:** .....

**Unterschrift Patient / Patientin:**

Eingesehen von

Begleitperson: .....

.....

bei Bedarf Kopie an: .....