**KLIENT*IN**

Name:

Geb. Datum:

Adresse:

Telefonnummer:

Mailadresse:

**VERTRETER*IN**

Name:

Vertretungsverhältnis:

Adresse:

Telefonnummer:

Mailadresse:

PFLEGE ANWALTSCHAFT KÄRNTEN

# VOLLMACHT

## für die Pflegeanwaltschaft Kärnten

Völkermarkter Ring 31
9020 Klagenfurt am Wörthersee
050 536 57129
pflegeanwaltschaft@ktn.gv.at
www.pflegeanwaltschaft.ktn.gv.at

**UMFANG DER VOLLMACHT**

Ich erteile der Pflegeanwaltschaft die **Vollmacht** im Rahmen der Meldung betreffend die pflegerische, medizinische und/oder betreuende Versorgung **tätig zu werden**.

Ich erteile der Pflegeanwaltschaft die **Zustimmung** gemäß Kärntner Patienten- und Pflegeanwaltschaftsgesetz
☐ die **Pflegedokumentation** und/oder
☐ **weitere Unterlagen** betreffend die pflegerische und/oder betreuende Dienstleistung
in Kopie einzuholen.

Datum

……

Unterschrift

**HINWEISE ZUR VOLLMACHT**

**Warum ist eine „Zustimmung" abzugeben?**
Die Einsicht in Ihre persönlichen Unterlagen ist ausschließlich mit Ihrer Zustimmung möglich.
Für die Erfüllung unserer Aufgaben, welche im Kärntner Patienten- und Pflegeanwaltschaftsgesetz (K-PPAG) geregelt sind, benötigen wir in der Regel Ihre persönlichen Unterlagen.

**Vertretung des oder der zu pflegenden oder betreuenden Klient*in**
Bei notwendiger Vertretung der betroffenen zu pflegenden oder betreuenden Person ersuchen wir Sie um Bekanntgabe, welches Vertretungsverhältnis besteht. Im Fall der „gesetzlichen Vertretung" (Vorsorgevollmacht, gewählte-, gesetzliche- oder gerichtliche Erwachsenenschutzvertretung) ist der Pflegeanwaltschaft die schriftliche Bestätigung hierfür vorzulegen (zB Auszug aus dem Österreichischen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV), Vorsorgevollmacht…).

**Aufhebung der Zustimmung**
Die Zustimmung für die Pflegeanwaltschaft kann jederzeit widerrufen werden.