Sağlık Vekaletnamesi Örneği

Vekalet Veren Bilgileri

Adı Soyadı: [Vekalet Veren Ad Soyad]

T.C. Kimlik Numarası: [T.C. Kimlik No]

Doğum Tarihi: [Doğum Tarihi]

Adres: [Adres]

Telefon Numarası: [Telefon Numarası]

Vekil Bilgileri

Adı Soyadı: [Vekil Ad Soyad]

T.C. Kimlik Numarası: [Vekil T.C. Kimlik No]

Yakınlık Derecesi: [Yakınlık Derecesi]

Adres: [Vekil Adres]

Telefon Numarası: [Vekil Telefon Numarası]

Vekaletin Konusu

Aşağıda belirtilen sınırlar ve tercihler çerçevesinde, sağlık durumumla ilgili işlemlerde beni temsil etmek, sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanlarıyla iletişim kurmak üzere yukarıda bilgileri bulunan [Vekil Ad Soyad]'ı vekil olarak tayin ediyorum.

Verilen Yetkiler

• Sağlık durumum, teşhislerim, tedavi seçeneklerim, yapılması önerilen tıbbi işlemler ve bunların muhtemel sonuçları hakkında ilgili sağlık çalışanlarından bilgi almak.

• Sağlık kuruluşlarına başvuru, kayıt, sevk, nakil, taburculuk ve kontrol işlemlerinde, ilgili kurumun kabul ettiği ölçüde beni temsil etmek ve gerekli belgeleri teslim etmek veya teslim almak.

• Kendi irademi açıklayamadığım veya iletişim kuramadığım durumlarda, önceden bildirdiğim tercihlerimi ve yararımı gözeterek önerilen muayene, tetkik, tedavi ve tıbbi müdahaleler hakkında sağlık çalışanlarıyla görüşmek.

• Yetkili sağlık çalışanları tarafından açıklanan seçenekler arasından, aşağıda belirttiğim tercihler ve sınırlamalar doğrultusunda karar sürecine katılmak; gerekli onay, bilgilendirme ve teslim belgelerini yetki sınırları içinde imzalamak.

• Reçete, rapor, tetkik sonucu, epikriz, görüntüleme kaydı ve benzeri sağlık belgelerinin, ilgili kurum tarafından izin verilen örneklerini almak ve yetkili sağlık kuruluşlarına sunmak.

• Tedavi sürecimde görev alan hekimler, diğer sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşları arasında gerekli iletişimi sağlamak; randevu, kontrol ve takip işlemlerini yürütmek.

• Tedavimin devamı için gerekli sağlık kuruluşu, bakım merkezi veya evde sağlık hizmeti seçenekleri hakkında bilgi almak ve tercihlerim doğrultusunda organizasyon yapılmasına yardımcı olmak.

Sağlık Bilgilerine Erişim ve Paylaşım İzni

Vekilimin görevini yerine getirebilmesi amacıyla; sağlık durumuma, teşhis ve tedavilerime, kullandığım ilaçlara, tetkik sonuçlarıma ve sağlık geçmişime ilişkin gerekli bilgilerin [Vekil Ad Soyad] ile, yetkinin amacı ve kapsamıyla sınırlı olmak üzere paylaşılmasına izin veriyorum.

Bu izin, vekilimin sağlık bilgilerimi amacı dışında kullanmasına veya yetkisiz kişilerle paylaşmasına izin vermez.

Özel Tercihler ve Talimatlar

Bilinen hastalıklarım: [Bilinen Hastalıklar]

Alerjilerim: [Alerjiler]

Düzenli kullandığım ilaçlar: [Kullanılan İlaçlar]

Öncelikle iletişim kurulmasını istediğim hekim/sağlık kuruluşu: [Hekim veya Sağlık Kuruluşu]

Tedavi ve bakım sürecime ilişkin özel tercihlerim şunlardır: [Tedavi Tercihleri ve Özel Talimatlar]

Kesinlikle uygulanmasını istemediğim veya ayrıca değerlendirilmesini istediğim işlemler şunlardır: [Sınırlamalar veya İstenmeyen İşlemler]

Dini, vicdani veya kişisel hassasiyetlerim şunlardır: [Varsa Hassasiyetler]

Yetkinin Sınırları

Bu vekaletname yalnızca sağlık hizmetleriyle bağlantılı temsil ve iletişim işlemleri için verilmiştir. Vekilim; mal varlığım, banka hesaplarım, taşınmazlarım, ticari işlerim veya bu belgede açıkça belirtilmeyen diğer hukuki ve mali işlemler hakkında yetkili değildir.

Vekilim, burada açıklanan tercihlerime aykırı hareket edemez ve yetkisini başka bir kişiye devredemez. Sağlık mevzuatı veya ilgili kurum uygulaması gereğince yalnızca şahsen yapabileceğim işlemler bu vekaletin kapsamı dışındadır.

Yetkinin Başlangıcı ve Süresi

Yetkinin Başlangıcı: [Düzenleme Tarihinden İtibaren / İradeyi Açıklayamama Durumunda / Diğer]

Geçerlilik Süresi: [Süresiz / Bitiş Tarihine Kadar: Tarih]

Bu vekaletname, tarafımdan geri alındığının vekile ve ilgili sağlık kuruluşuna bildirilmesiyle veya yukarıda belirtilen sürenin sona ermesiyle geçerliliğini yitirir.

Vekalet Verenin Beyanı

Bu vekaletnameyi, içeriğini okuyup anlayarak ve herhangi bir baskı altında kalmadan kendi özgür irademle düzenlediğimi; vekilime yalnızca belgede açıkça belirtilen sağlık işlemleri bakımından yetki verdiğimi beyan ederim.

Vekilin Beyanı

Tarafıma verilen görevi vekalet verenin açıklanmış tercihleri, yararı, mahremiyeti ve vekaletnamenin sınırları doğrultusunda yerine getireceğimi kabul ve beyan ederim.

Düzenleme ve İmzalar

Düzenleme Yeri: [Yer]

Düzenleme Tarihi: [Tarih]

Vekalet Veren: [Vekalet Veren Ad Soyad]

İmza: [İmza]

Vekil: [Vekil Ad Soyad]

İmza: [İmza]