

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Medikamenten und Befunden

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen; Zutreffendes ankreuzen. Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten durch den Personalausweis in der Arztpraxis nachgewiesen werden muss.

Ich,

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name, und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtnehmers

zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art

Sowie der Entgegennahme von

- Heil- und Hilfsmitteln

Des Weiteren entbinde ich durch nachfolgende Vollmacht meine behandelnden Ärzte sowie das Personal von ihrer Schweigepflicht:

Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigte(n) soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers