

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich:

Name, Vorname und Geburtsdatum des Vollmachtgebers (bitte Ausweiskopie beifügen)

wohnhaft (Straße, PLZ, Ort)

bevollmächtigte hiermit

Name, Vorname und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Name, Vorname und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Name, Vorname und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Für das Kind:

Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

Zur Abholung / Weiterleitung folgender Dokumente

(ggf. nicht Zutreffendes streichen):

Alle Praxisformulare, Rezepte, Überweisungen, Befunde, Arztbriefe etc.

Rezepte (auch an Apotheke / Versorger mit Hilfsmitteln)

- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten 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.

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient

Diese Vollmacht kann gegenüber der Praxis jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden