



VOLLMACHT

für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc.

Ich,

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

zur Abholung folgender Dokumente

- ☐ Rezepte
- ☐ Überweisungen
- ☐ Befunde jeglicher Art
- ☐ Heil- und Hilfsmittel
- ☐ Alles, was in der Praxis für mich anfällt
- ☐ Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.
Dem Vollmachtnehmer 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 Vollmachtnehmer entbunden.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Vollmachtnehmers (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.