

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers (PLZ, Ort)

(Straße, Hausnummer)

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

Adresse des Bevollmächtigten (PLZ, Ort)

(Straße, Hausnummer)

zur Abholung folgender Dokument oder den Erhalt von Auskünften

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meinen behandelnden Arzt zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Der behandelnde Arzt sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

Ort, Datum, Unterschrift

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