



Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, Überweisungen u. ä.

Ich,

Name, Vorname

Geb. Datum

Adresse

bevollmächtigte hiermit:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Geb. Datum	Name, Vorname	Geb. Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse

Adresse

Zur Abholung/Weiterleitung folgender Dokumente:

- Rezepte, Heil- u. Hilfsmittelrezepte, Ergotherapie-rezepte u. ä.**
- Rezepte weiterleiten an die Apotheke _____**
Name der Apotheke
- Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Transportscheine**
- Befunde jeglicher Art (Laborbefunde, Krankenhausbefunde usw.)**
- alles, was in der Praxis für mich anfällt**
- 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.**
- Ich bin mit der Übermittlung meiner Befunde im Bedarfsfall auch per E-Mail einverstanden, auch wenn dies als nicht sicheres Übertragungsmedium gilt. E-Mail Adresse _____**

Dieser Vollmacht kann ich jederzeit sowohl mündlich als auch schriftlich widersprechen.

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift

(Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten nachgewiesen werden muss.)