



Dr. Peter Rauber
Dr. Hubert Kandels
Dr. Michael Mörsdorf

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

Ich,

Name, Vorname

Adresse

Geb. Datum

bevollmächtigte hiermit:

Name, Vorname

Geb. Datum

Adresse

Name, Vorname

Geb. Datum

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.)