

**Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, Terminvereinbarungen**

**Vollmachtgeber/-in**

Name, Vorname			geboren am
Adresse			
Telefon	Mobil*	E-Mail*	(*freiwillige Angaben)

**Bevollmächtigte/-r 1**

Name, Vorname			geboren am
Adresse			
Telefon	Mobil	E-Mail	

**Bevollmächtigte/-r 2**

Name, Vorname			geboren am
Adresse			
Telefon	Mobil	E-Mail	

**Hiermit bevollmächtige ich o. g. Person/-en zur Abholung folgender Dokumente:**

Rezepte	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Heil- und Hilfsmittel	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Überweisungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Terminvereinbarungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Befunde jeglicher Art	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Alles Weitere, was für mich ist	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Der/die Bevollmächtigte/-n erhalten umfassend Auskünfte durch meine/-n behandelnde/-n Ärztin/Arzt. Es wird Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt und umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand gegeben.

Die behandelnden Ärzte, sowie die Angestellten werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber der/dem Bevollmächtigten entbunden. ja  nein

Bei Abholung der Unterlagen/Auskünfte muss bitte die Identität des/der Bevollmächtigten nach gewiesen werden (Ausweis, Führerschein). Diese Einwilligung können Sie jederzeit bei unserem Praxispersonal widerrufen.

**Patient/-in**

	Datum
Unterschrift	