

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

geb. am

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- sonstiges _____
- alles

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss. Diese Erklärung gilt auch für zukünftige Abholungen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Abholungen nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Abgabe der Unterlagen an andere Personen außer des betreffenden Patienten mehr statt.