**VOLLMACHT**

**zur Abholung von Rezepten, Überweisungen etc.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vollmachtgeber |  | Bevollmächtigter |
|  |  |  |
|  | Vor- und Nachname |  |
|  | Straße + Hausnr. |  |
|  | PLZ & Stadt |  |
|  | Geburtsdatum |  |
|  | Telefonnummer |  |

Hiermit bevollmächtigt der Vollmachtgeber den o.g. Bevollmächtigten zur Abholung folgender Dokumente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  Rezepte |[ ]  Überweisungen |[ ]  Befunde jeglicher Art |
|[ ]  Heil- und Hilfsmittel |[ ]  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. |

|  |
| --- |
| **WICHTIG: Die Identität des Bevollmächtigten muss durch ein gültiges Ausweisdokument nachgewiesen werden.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Datum und Ort |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Unterschrift Vollmachtgeber |  | Unterschrift Bevollmächtigter |