

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