



Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Medikament und Befunden

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen und zutreffendes ankreuzen. Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten durch den Personalausweis in der Arztpraxis oder Apotheke nachgewiesen werden muss.

Ich,

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name, und Geburtsdatum des Vollmachtnehmer

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtnehmer

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art

sowie der Entgegennahme von

- Heil- und Hilfsmitteln.

Des Weiteren entbinde ich durch nachfolgende Vollmacht meine behandelnden Ärzte sowie das Personal von ihrer Schweigepflicht:

- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten soll umfassende 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.

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers