

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Medikamenten und Befunden

Schweigepflichtsentbindung gegenüber mitbehandelnden Kollegen

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen. Bitte beachten Sie, dass sich der Bevollmächtigte durch den Personalausweis in der Arztpraxis oder Apotheke ausweisen muss.

Ich, _____

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in _____

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit _____

Vorname, Name, und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

wohnhaft in _____

Adresse des Vollmachtnehmers

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 Bevollmächtigten soll Auskunft

über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden.

- Ferner entbinde ich mitbehandelnde Ärzte von der mich betreffenden Schweigepflicht den Kollegen der allgemeinmedizinischen Praxis Dr. med. Lena Struthmann gegenüber, sofern es sich um notwendige Informationen meine Gesundheit betreffend handelt. Auch entbinde ich die in der Praxis Dr. med. Lena Struthmann tätigen Ärzte von der Schweigepflicht mitbehandelnden Kollegen gegenüber, sofern es im Rahmen der Behandlung notwendig ist.

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers