



Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,
(Vorname, Name des Vollmachtgebers)

wohnhaft in
(Adresse des Vollmachtgebers)

geboren am:
(Geburtsdatum des Vollmachtgebers)

bevollmächtigte hiermit

1.
(Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse des Bevollmächtigten)

2.
(Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse des Bevollmächtigten)

3.
(Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse des Bevollmächtigten)

zur Abholung folgender Dokumente:

Rezepte Überweisungen Befunde Sonstiges:

zum Erhalt von Auskunft durch meine behandelnden Ärzte (Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht).

Der/dem Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilt werden.

Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden.

Ort, Datum, Unterschrift

Die Vollmacht und die Entbindung von der Schweigepflicht kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch Vorlage des Personalausweises) nachgewiesen werden muss.