

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 Bevollmächtigte(n) 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.

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers