

**Dr. med. Kilian Lilienfein**  
**Facharzt für Orthopädie**  
Tel.: 0741-40882  
Fax: 0741-9422757

**Heerstrasse 42**  
**78628 Rottweil**  
email: [work@k-lilienfein.de](mailto:work@k-lilienfein.de)  
Internet: [www.orthoman.de](http://www.orthoman.de)



● Orthopädische Praxis ●

Akupunktur  
Chirotherapie  
Psychosomatische Grundversorgung  
**SpineMED-Therapie**  
**Nicht operative spinale Dekompression**  
DXA-Osteodensitometrie  
Osteoporosetherapie  
ESWT / extrakorporale Stoßwellentherapie  
LASER-Therapie  
Pulsierende Magnetfeldtherapie  
Arthroseprophylaxe  
Bestimmung Knochenalter

**Vollmacht zur Abholung von Rezepten und Verordnungen durch Dritte**

**Patientin / Patient:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigte Person:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Vollmacht gilt für (bitte Zutreffendes ankreuzen):**

Arztbrief     Rezept / Verordnung     Befund

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich erlaube hiermit ausdrücklich, dass die oben genannte Person die unter „Vollmacht gilt für“ angekreuzten Unterlagen meiner aktuellen Behandlung in meinem Namen abholen darf. Mir ist bekannt, dass die aushändigen Unterlagen Rückschlüsse auf meine gesundheitlichen Daten zulassen können.

Ich bestätige, dass ich diese Vollmacht jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ebenfalls kenne ich die Anforderungen zur **Ausweispflicht der bevollmächtigten Person bei Abholung**.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin / Patient: \_\_\_\_\_