

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: _____