Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

_____

Vorname, Name, Geburtsdatum des Vollmachtgebers

_____

wohnhaft in

_____

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

_____

Vorname, Name, Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

_____

wohnhaft in

_____

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente:

- ❑ Rezepte, Überweisungen und Heilmittel
- ❑ Alles, was in der Praxis für mich anfällt, inklusive aller Einträge aus der Patientenakte

Schweigepflichtsentbindung:

- ❑ Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten 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

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigen (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.

Version vom 11.11.2025