

Vollmacht für die Abholung und Zusendung (Post/Fax) von Rezepten, Befunden etc.

Ich, _____
Vorname, Name des Vollmachtgebers

wohnhaft in _____
Adresse des Vollmachtgebers

geb. am _____
Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit _____

Vorname, Name des Bevollmächtigten (Angehörige/Apotheke/Therapeuten etc.)

wohnhaft in _____
Adresse des Bevollmächtigten

- zur Abholung folgender Dokumente
 - Rezepte
 - Überweisungen
 - Befunde
 - sonstiges _____
 - alles

2. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

3. Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - §73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise ein Facharzt, einem Psychotherapeuten oder anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinem Hausarzt weiter zu leiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Ort, Datum

Unterschrift

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

Diese Vollmacht habe ich freiwillig abgegeben, sie kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden