



Vollmacht/Schweigepflichtsentbindung

Vollmacht zur Abholung von Rezepten, Überweisungen und Befunden Schweigepflichtsentbindung gegenüber mitbehandelnden Kollegen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und zutreffendes Ankreuzen. Bitte beachten Sie, dass sich der Bevollmächtigte durch den Personalausweise in der Arztpraxis oder Apotheke ausweisen muss.

Ich

Vor- und Zuname, Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vor- und Zuname, Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtnehmers

zur Abholung folgender Dokumente

Überweisungen

Rezepte/Verordnungen

Befunde

Sonstiges: _____

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 Bevollmächtigten soll Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden.

Ferner entbinde ich mitbehandelnde Ärzte von der mich betreffenden Schweigepflicht den Kollegen der allgemeinmedizinischen Praxis Dr. med. Ursula Beuth und Dr. med. Silke Hesse gegenüber, sofern es sich um notwendige Informationen meine Gesundheit betreffend handelt. Auch entbinde ich die in der Praxis Dr. med. Ursula Beuth und Dr. med. Silke Hesse tätigen Ärzte von der Schweigepflicht mitbehandelnden Kollegen gegenüber, sofern es im Rahmen der Behandlung notwendig ist.

Ort/Datum

Unterschrift