
Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

Vorname, Name, Geburtsdatum des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name, Geburtsdatum des Bevollmächtigten

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente:

- alles
- Rezepte für Arzneimittel
- Rezepte für Heil- und Hilfsmittel
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- sonstiges _____

und/oder:

- 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.

Diese Vollmacht verliert Ihre Gültigkeit nach Durchführung des oben bezeichneten Rechtsgeschäftes.

Ort, Datum, Unterschrift
Vollmachtgeber _____

Ort, Datum, Unterschrift
Bevollmächtigter _____

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