

Vollmacht

zur Abholung von Rezepten, Überweisungen und Befunden sowie zur Auskunft in der Praxis

1 Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber (Patientin / Patient)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon

2 Bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Verhältnis zu mir (z. B. Ehepartner, Tochter)

3 Umfang der Vollmacht

Bitte ankreuzen, wozu die Person berechtigt sein soll.

☐ Rezepte und Verordnungen abholen

☐ Auskunft über Befunde und Behandlung erhalten

☐ Überweisungen abholen

☐ Termine vereinbaren und absagen

☐ Befunde und Arztbriefe abholen

☐ Bescheinigungen abholen

Weitere Berechtigungen / Einschränkungen

4 Gültigkeit

Diese Vollmacht gilt

Datum

☐ bis auf Widerruf

☐ einmalig am

☐ befristet bis

5 Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde die Ärztinnen und Ärzte sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Preventum MVZ im oben angekreuzten Umfang von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Person. Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich oder mündlich widerrufen kann und dass der Widerruf ab Eingang in der Praxis wirkt.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person (freiwillig)

Bitte bringt die bevollmächtigte Person zur Abholung diese Vollmacht und einen Lichtbildausweis mit.