

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung bei Praxis Dr. Stephan Luible, Bahnhofstraße3, 89134 Blaustein für folgende Dokumente:

- ☐ Rezepte
- ☐ Überweisungen
- ☐ Befunde jeglicher Art
- ☐ Heil- und Hilfsmittel
- ☐ Alles, was in der Praxis für mich anfällt
- ☐ 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 Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.