

**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.