

## Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

---

wohnhaft (Straße, PLZ und Ort)

### bevollmächtige hiermit

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

### **Für das Kind :**

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Kindes

### zur Abholung / Weiterleitung folgender Dokumente

- Rezepte
- Rezepte weiterleiten an Apotheke
- 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.