



Vollmacht zur Abholung von Unterlagen / E-Rezept

Patient/in

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Bevollmächtigte Person

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Abholung folgender Unterlagen:

- Rezepte (Papierrezept)
- E-Rezept (Ausdruck / Token)
- Überweisungen
- Befunde / Arztbriefe
- Sonstiges: _____

Art der Vollmacht

- einmalig am: _____
- gültig bis: _____
- bis auf Widerruf

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt sowie das Praxisteam insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), wie dies zur Herausgabe der oben genannten Unterlagen erforderlich ist.

Hinweise

Die Herausgabe erfolgt nur nach Identitätsprüfung der bevollmächtigten Person (amtlicher Lichtbildausweis).

Diese Vollmacht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die Erteilung dieser Vollmacht erfolgt freiwillig.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

(bei Minderjährigen: gesetzliche Vertretung)