

Bevollmächtigung für die Abholung von ärztlichen Befunden und Rezepten

Patienten Name: _____

SVNr: _____

Bevollmächtigter (Name, Geburtsdatum):

Ich stimme als Patient des behandelnden Arztes _____

(Name des Arztes einfügen) zu, dass der oben genannte Bevollmächtigte bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten) von meinem behandelnden Arzt erhalten darf und auch meine Befunde und Rezepte von meinem behandelnden Arzt ausgehändigt erhalten darf.

Die Einverständniserklärung ist auch bei einer, etwa urlaubsbedingten, ärztlichen Vertretung des behandelnden Arztes wirksam.

Die Vollmacht kann jederzeit von der ausstellenden Person widerrufen werden.

Ort/Datum:

Unterschrift PatientIn:
