

Entbindung Schweigepflicht/Vollmacht

Ich,

.....,,,
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

.....,,,
(Straße und Hausnummer) (Postleitzahl) (Ort)

bevollmächtige

.....,,,
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

.....,,,
(Straße und Hausnummer) (Postleitzahl) (Ort)

zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepten
- Überweisungen
- Befunden jeglicher Art
- Heil und Hilfsmittel
- Alles, was in der Praxis für mich anfällt
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Dem Bevollmächtigten soll umfassende Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden.

.....,,,
(Unterschrift) (Ort) (Datum)

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z. B. Personalausweis) nachgewiesen werden muss.