Hausarztpraxis
Neuffen

Entbindung Schweigepflicht/Vollmacht

Ich,

_____

Name Vorname Geburtsdatum

_____

Adresse

bevollmächtigte

_____

Name Person Vorname Geburtsdatum

_____

Adresse

zur Abholung folgender Dokumente:

o Rezepte
o Überweisungen
o Befunde jeglicher Art
o Heil- und Hilfsmittel
o Alles, was in der Praxis für mich anfällt
o 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 Datum

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