

Vollmacht Datenschutz

VOLLMACHT FÜR DIE ABHOLUNG VON REZEPTEN, BEFUNDEN, ETC. UND ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Ich,

(Vorname, Name des Vollmachtgebers)

wohnhaft in

(Adresse des Vollmachtgebers)

geboren am

(Geburtsdatum des Vollmachtgebers)

bevollmächtigte hiermit

(Vorname, Name des Bevollmächtigten)

wohnhaft in

(Adresse des Bevollmächtigten)

Zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- sonstiges
- alles

Die Vollmacht und Entbindung der Schweigepflicht können von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Gerade in der Haus- und Facharztpraxis ist es besonders wichtig auf Anfragen von anderen Hausärzten, Krankenhäusern, physiotherapeutischen Praxen, anderen Fachärzten etc., die Befunde unserer Patientinnen und Patienten benötigen, Auskunft geben zu dürfen, um eine optimale Behandlung zu garantieren und Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers