

**Vollmacht**  
zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunde etc.

**Vollmachtgeber**

Nachname	Vorname	Straße + Hausnummer	PLZ + Ort
Geburtsdatum	Telefonnummer		

**Bevollmächtigter**

Nachname	Vorname	Straße + Hausnummer	PLZ + Ort
Geburtsdatum	Telefonnummer		

Hiermit bevollmächtigt der Vollmachtgeber den o.g. Bevollmächtigten zur Abholung folgender Dokumente, Rezepte, Überweisungen oder Befunde jeglicher Art. Außerdem Heil- und Hilfsmittel bzw. alles, was in der Praxis für mich anfällt.

Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

**WICHTIG: Die Identität des Bevollmächtigten muss durch ein gültiges Ausweisdokument nachgewiesen werden.**

Datum und Ort Vollmachtgeber

Datum und Ort Bevollmächtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigter