

Vollmacht zur Abholung von Dokumenten / Schweigepflichtsentbindung



Vollmachtgeber/in **Bevollmächtigte/r**

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Ich erteile hiermit dem/der obenstehenden Bevollmächtigten die Vollmacht zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung
- Befunde jeglicher Art
- Anträge
- Schweigepflichtsentbindung:

Herr/Frau _____ wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte / das Pflegepersonal zu erhalten.

Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

Bitte beachten Sie, dass die Identität des/der Bevollmächtigten durch einen Ausweisdokument nachgewiesen werden muss.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in

Unterschrift Bevollmächtigte/r