



## Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc., sowie Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,   
(Vorname, Name des Vollmachtgebers)

wohnhaft in   
(Adresse des Vollmachtgebers)

geboren am:   
(Geburtsdatum des Vollmachtgebers)

### bevollmächtige hiermit

1.   
(Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse des Bevollmächtigten)

2.   
(Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse des Bevollmächtigten)

3.   
(Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse des Bevollmächtigten)

### zur Abholung folgender Dokumente:

Rezepte  Überweisungen  Befunde  Sonstiges:

Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.

Der/dem Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilt werden.

Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Die Vollmacht und die Entbindung von der Schweigepflicht kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

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