

## Vollmacht zur Abholung von Rezepten, Befunden, Formularen

Ich,

---

Name, Vorname und Geburtstag des Vollmachtgebers

wohnhaft in

---

Adresse des Vollmachtgebers

**bevollmächtigte hiermit**

---

Name, Vorname und Geburtstag des Bevollmächtigten

wohnhaft in

---

Adresse des Bevollmächtigten

**zur Abholung und Einsicht folgender Dokumente:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde und Arztbriefe
- Heil- und Hilfsmittel
- Alles, was in der Praxis für mich anfällt
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Dokument 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 des Diabetes Zentrum Wandsbek werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden. Gültig ist die Entbindung der ärztl. Schweigepflicht bis auf schriftlichen Widerruf.

**Der/Die Bevollmächtigte ist berechtigt, den Empfang der Unterlagen zu quittieren. Gültig ist die Vollmacht bis auf schriftlichen Widerruf.**

---

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

**Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten mit einem Lichtbildausweis nachgewiesen werden muss. Zudem muss die Gesundheitskarte des Vollmachtgebers vorgelegt werden.**