

## Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich,

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

---

wohnhaft in

---

Adresse des Vollmachtgebers

### bevollmächtigte hiermit

---

Vorname, Name Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

---

wohnhaft in

---

Adresse des Vollmachtnehmers

### zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- Heil- und Hilfsmittel
- 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.

Diese Vollmacht ist zeitlich begrenzt und gilt für 12 Monate nach Unterschriftsdatum.

---

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten und des Vollmachtgebers (z.B. durch den Personalausweis) persönlich nachgewiesen werden muss.