

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auf Grund der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet unsere Patientendaten zu schützen. Daher können wir Rezepte/Befunde/Überweisungen etc. nur noch an unsere Patienten direkt oder an bevollmächtigte Abholer aushändigen.

Wir bitten um Ihr Verständnis!

Ihr Praxisteam

Einwilligungserklärung / Vollmacht
für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

bevollmächtige hiermit

Name: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

zur Abholung von vertraulichen, medizinischen Unterlagen für mich (z.B. Rezepte, Überweisungen, Befunde, Arztbriefe etc.).

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss. Die Vollmacht kann von Ihnen im Rahmen unserer Öffnungszeiten jederzeit widerrufen werden