Gemeinschaftspraxis Lehmair/Celik

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis · Eichenweg 1 · 63785 Obernburg am Main · Telefon 06022 9922

Vollmacht zur Abholung von Rezepten und Überweisungen

Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber (Patientin / Patient)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Bevollmächtigte Person (holt ab)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, in der Gemeinschaftspraxis Lehmair/Celik für mich folgendes abzuholen:

- ☐ Rezepte (Papierrezepte, auch Privatrezepte)
- ☐ Überweisungen
- ☐ Sonstiges, nämlich: _____

Gültigkeit

- ☐ nur einmalig am _____
- ☐ bis zum _____ (Datum)
- ☐ bis auf schriftlichen Widerruf

Hinweise

- Ich entbinde die Praxis gegenüber der bevollmächtigten Person von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Übergabe der oben genannten Unterlagen erforderlich ist.
- Die bevollmächtigte Person legt bei der Abholung diese Vollmacht im Original und ihren Personalausweis (oder Reisepass) vor.
- Ich kann diese Vollmacht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- Die Praxis speichert diese Vollmacht in der Patientenakte, solange sie gilt. Informationen zum Datenschutz erhalten Sie in der Praxis und auf www.praxis-obb.de.

_____ _____

Ort, Datum — Unterschrift der Patientin / des Patienten (handschriftlich)

Ist die Patientin / der Patient minderjährig oder unter Betreuung, unterschreibt die gesetzliche Vertretung.