



ARZTPRAXIS HAAKE

Allgemeinmedizin
Sportmedizin

Anästhesiologie - Notfallmedizin - Palliativmedizin

Vollmacht zur Abholung von Dokumenten / Schweigepflichtsentbindung

Vollmachtgeber/in

Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Name, Vorname

Straße, Nr.

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Ich erteile hiermit dem/der obenstehenden Bevollmächtigten eine Vollmacht zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte / Überweisungen
- Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen
- Befunde jeglicher Art
- Anträge

Schweigepflichtsentbindung:

Herr/Frau _____ wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnde Ärztin / das Pflegepersonal zu erhalten.

Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnde Ärztin sowie das Pflegepersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

Bitte beachten Sie, dass die Identität des/der Bevollmächtigten durch einen Ausweisdokument nachgewiesen werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/in