

Bevollmächtigung für die Abholung von ärztlichen Befunden und Rezepten

Patienten Name: _____ SVNr: _____

Bevollmächtigter: _____

Ich stimme als Patient des behandelnden Arztes _____
(Name des Arztes einfügen) zu, dass der oben genannte Bevollmächtigte bis auf
Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit
Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung,
die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über
Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen
einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten) von meinem behandelnden
Arzt erhalten darf und auch meine Befunde und Rezepte von meinem behandelnden
Arzt ausgehändigt erhalten darf.

Die Einverständniserklärung ist auch bei einer, etwa urlaubsbedingten, ärztlichen
Vertretung des behandelnden Arztes wirksam.

Datum

Unterschrift des Patienten

Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.