



Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.- Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

### **Patientenvollmacht**

Ich betraue folgende Person:

Vollmachtnehmer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum und Geburtsort) bitte Personalausweis vorlegen)

durch diese Patientenvollmacht mit der Aufgabe,

- Rezepte
  - Überweisungen
  - Verordnungen
- und andere medizinische Schriftstücke

in meinem Namen, in der Praxis entgegen nehmen zu dürfen.

Der Bevollmächtigte darf keine Untervollmachten erlassen.

Diese Vollmacht ersetzt auf keinen Fall die Datenverarbeitungsfreigabe der DSGVO.

Diese Vollmacht erlischt durch Widerruf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift