

PATIENTENVOLLMACHT



Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber),

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtstag und -Ort	

folgende Person (Bevollmächtigter)

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtstag und -Ort	

In folgendem Umfang in meinem Namen (Bitte betreffendes ankreuzen)

- zur Entgegennahme meines Rezeptes / meiner Rezepte
 - zur Entgegennahme meines Medikamentes / meiner Medikamente
 - zur Entgegennahme meiner fachärztlichen Überweisung
 - zur Entgegennahme meiner angeforderten Dokumente:
-

Für folgenden Zeitraum (Bitte betreffendes ankreuzen)

- einmalig am _____
- bis zum _____
- dauerhaft _____

Eine Kopie eines amtlichen Ausweises wird durch den Bevollmächtigten zur Legitimierung vorgelegt.

Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter)