

Bevollmächtigung für die Abholung von ärztlichen Befunden und Rezepten

Patienten Name: _____

Sozialversicherungsnr.: _____

Bevollmächtigter: _____

(Bevollmächtigter muss einen Lichtbildausweis vorlegen)

Ich stimme als Patient der Ordination Dr. Schmid 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 Arztspezialitäten) 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.