

Allgemeinarztpraxis

Dr. med. E. Sturm-Wittl
Regensburgerstr. 1 - 92318 Neumarkt
Tel. 09181/9927 - Fax. 09181/6879
BSNR: 68 80 010 00

Folgenden Personen erteile ich, _____
(Vorname, Nachname Patient/in) für folgende Bereiche eine Vollmacht und entbinde die o.g. Praxis, Ihre Inhaber und ihre Mitarbeiter/innen entsprechend von ihrer Schweigepflicht:

Mir ist bekannt, dass sich die betreffenden Personen vor Aushändigung der Unterlagen durch Personalausweis / Reisepass legitimieren müssen, damit ihre Identität zweifelsfrei festgestellt werden kann. Ich werde die bevollmächtigte Person hierauf hinweisen. Die Aushändigung der Unterlagen wird in meiner Patientenakte vermerkt (Name des Empfängers / Datum der Aushändigung).

Bevollmächtigte Person 1 <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar _____	Vollmacht / Schweigepflichts- entbindung für ALLE Gesundheitsdaten (s.o.) und Formulare	Vollmacht / Schweigepflichts- entbindung NUR FÜR FORMULAR- ABHOLUNG
Vorname:	X Unterschrift Patient	X Unterschrift Patient
Name:		
Straße, Hausnr.		
PLZ:		
Ort:		

Bevollmächtigte Person 2 <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar _____	Vollmacht / Schweigepflichts- entbindung für ALLE Gesundheitsdaten (s.o.) und Formulare	Vollmacht / Schweigepflichts- entbindung NUR FÜR FORMULAR- ABHOLUNG
Vorname:	X Unterschrift Patient	X Unterschrift Patient
Name:		
Straße, Hausnr.		
PLZ:		
Ort:		

Die von mir getätigten Angaben mache ich als Patient/in freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit per Post, per Fax, per E-Mail an unsere obenstehenden Praxiskontaktadressen oder persönlich widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum ordnungsgemäßen Eingang des Widerrufs bei der Praxis unberührt. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis.

Ort: _____, Datum _____ Unterschrift Patient: **X** _____