

# VOLLMACHT



Dr. med. Peter Rauber,  
Dr. med. Hubert Kandels,  
Astrid Stein-Hellmann,  
Dr. med. univ. Michael Mörsdorf  
& Kollegen

## Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, Überweisungen u. ä.

Ich,

Name, Vorname

  

Geb. Datum

Adresse

bevollmächtigte hiermit:

Name, Vorname

Geb. Datum

  

Adresse

Name, Vorname

Geb. Datum

  

Adresse

Zur Abholung/Weiterleitung folgender Dokumente:

- Rezepte, Heil- u. Hilfsmittelrezepte, Ergotherapie-rezepte u. ä.**
- Rezepte weiterleiten an die Apotheke \_\_\_\_\_**  
Name der Apotheke
- Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Transportscheine**
- Befunde jeglicher Art (Laborbefunde, Krankenhausbefunde usw.)**
- alles, was in der Praxis für mich anfällt**
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Dem/Der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.**
- Ich bin mit der Übermittlung meiner Befunde im Bedarfsfall auch per E-Mail einverstanden, auch wenn dies als nicht sicheres Übertragungsmedium gilt. E-Mail Adresse \_\_\_\_\_**

Dieser Vollmacht kann ich jederzeit sowohl mündlich als auch schriftlich widersprechen.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Datum, Unterschrift

(Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten nachgewiesen werden muss.)

Unsere  
Standorte:

St. Annenstr. 10a  
**66606 St. Wendel**  
Tel.: 0 68 51/97 49 00  
Fax: 0 68 51/97 49 099

Tholeyer Str. 66a  
**66646 Alweiler**  
Tel.: 0 68 53/20 78  
Fax: 0 68 53/12 29

Kirchstr. 15  
**66606 Bliesen**  
Tel.: 0 68 54/248  
Fax: 0 68 54/76 924

Leitzweilerstr. 9  
**66636 Theley**  
Tel.: 0 68 53/20 18  
Fax: 0 68 53/92 27 59

Bahnhofstr. 7  
**66649 Oberthal**  
Tel.: 0 68 54/70 99 01  
Fax: 0 68 54/70 99 02