

Vollmacht

1) Hiermit bevollmächtige ich folgende Person _____
Vorname, Name, Geburtstag

- zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden u.Ä.
- dazu, Auskünfte durch meinen behandelnden Arzt zu erhalten. Dem/ der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Der behandelnde Arzt sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/ der Bevollmächtigten entbunden.

2) Hiermit bevollmächtige ich folgende Person _____
Vorname, Name, Geburtstag

- zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden u.Ä.
- dazu, Auskünfte durch meinen behandelnden Arzt zu erhalten. Dem/ der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Der behandelnde Arzt sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/ der Bevollmächtigten entbunden.

3) Hiermit bevollmächtige ich folgende Person _____
Vorname, Name, Geburtstag

- zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Befunden u.Ä.
- dazu, Auskünfte durch meinen behandelnden Arzt zu erhalten. Dem/ der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Der behandelnde Arzt sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/ der Bevollmächtigten entbunden.

Huglfing, den _____
Datum Unterschrift Patient: in bzw. gesetzliche: r Vertreter: in

Einverständniserklärung

Ich, _____
Vorname, Name Geburtsdatum

Erkläre mich damit einverstanden, dass Frau Dr. med. Elisabeth Seidel als offizielle Nachfolgerin von Frau Dr. med. Beate Thannheimer für ihre ärztliche Tätigkeit volle Einsicht in meine bereits vorhandenen persönlichen medizinischen Unterlagen erhält.

Huglfing, den _____
Datum Unterschrift Patient: in bzw. gesetzliche: r Vertreter: in