

# Vollmacht für ärztliche Auskunft, die Abholung von Rezepten oder Befunden



Authorization for medical information, the collection of prescriptions or medical reports

**Vollmachtgeber** – authorizing person

**Bevollmächtigter** – authorized person

\_\_\_\_\_  
**Name** – name

\_\_\_\_\_  
**Name** – name

\_\_\_\_\_  
**Anschrift** – place of residence

\_\_\_\_\_  
**Anschrift** – place of residence

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum** – date of birth

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum** – date of birth

**Herr / Frau** \_\_\_\_\_ wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal sowie den Trägern der Einrichtungen zu erhalten.

By this document Mr/Ms. \_\_\_\_\_ is authorized to obtain information from attending doctors, nursing staff and responsible authorities.

**Dem Bevollmächtigten** darf umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden.

The authorized person should be given full information about my state of health as well as access to my medical records.

Die behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten entbunden.

Attending doctors as well as nursing staff are released from their obligation of secrecy towards the authorized person.

**Folgende Dokumente dürfen abgeholt werden:**

The following documents may be collected.



- Rezepte - prescriptions
- Überweisungen - medical referral slips
- Befunde - medical reports
- Sonstiges - other \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.

Please note that the identity of the authorized representative (e.g. by means of an identity card) must be must be proven

**Unterschrift (Vollmachtgeber)**

signature (authorizing person)

\_\_\_\_\_