

Vollmacht zur Abholung ärztlicher Dokumente

Patient/Vollmachtgeber:

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:

Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname:
Anschrift:
Verwandsch.verh.:

Bevollmächtigte Person:

Name, Vorname:
Anschrift:
Verwand.verhältn.:

Umfang der Vollmacht:

Hiermit entbinde ich die Lungenärztliche Gemeinschaftspraxis von der Schweigepflicht gegenüber oben benannten Personen und bevollmächtige diese für mich folgende Unterlagen in der Praxis entgegen zu nehmen:

- Arztbriefe, Funktionsuntersuchungen
- Rezepte, Überweisungen, Einweisungen, Verordnungen
- Sonst. Unterlagen:

Ort: Datum:

Unterschrift Patient: