

Vollmacht zur Abholung von Formularen und Befunden

Hiermit bevollmächtige ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

folgende Person(en):

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

zur Abholung jeglicher Formulare und Befunde, die ich in der Praxis Dr. Kölle-Frick und Kollegen für mich angefordert habe.

Die bevollmächtigte Person muss hierzu einen gültigen Lichtbildausweis sowie meine elektronische Gesundheitskarte bei Ihnen vorlegen.

Ich wurde darüber informiert, dass ich die erteilte Vollmacht jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum, Ort, Unterschrift des Vollmachtgebers

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten