

## Vollmacht zur Auskunftserteilung und Abholung von Schriftstücken durch Dritte

Ich, \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

- Gestatte es Ihnen hiermit, untenstehenden Personen, Auskunft über meinen Gesundheitszustand, wie z.B. zu aktuellen Laborwerten, zu erteilen.
- Gestatte es Ihnen hiermit, untenstehenden Personen, Auskunft zu organisatorischen Fragen, wie z.B. Terminen, zu erteilen.
- Bevollmächtige ich, untenstehenden Personen, in meinem Namen Schriftstücke entgegenzunehmen, wie z.B. Rezepte, Überweisungen, Krankschreibungen, oder sonstige medizinische oder nicht medizinische Schriftstücke.

*Die Kommunikation kann auf allen Kanälen erfolgen, wie z.B. telefonisch, elektronisch, postalisch oder persönlich.*

Name, Vorname	wohnhaft in	Geburtsdatum	Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten ggf. des Vormunds

**i** Ihre Vollmacht ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Vollmacht ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Mit einer Unterschrift stimmen alle Parteien einer Datenverarbeitung zu diesem Zweck zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig und auch jede weitere Speicherung die von Gesetzes wegen erfolgen muss.