

# VOLLMACHT & SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

## Angaben zur Patientin/zum Patienten (Vollmachtgeber)

---

Vorname, Name

---

Adresse

---

Geburtsdatum

## Bevollmächtigte Person

Die bevollmächtigte Person muss sich bei Abholung durch ein gültiges Ausweisdokument identifizieren.

---

Vorname, Name

---

Adresse

Ich bevollmächtige die oben genannte Person zur Abholung von Unterlagen.

## Schweigepflichtentbindung & Auskünfte

Ich entbinde die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der oben genannten bevollmächtigten Person in vollem Umfang.

---

Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche(r) Vertreter/in

