

# Vollmacht Auskunft über personenbezogene Daten



Der / die Vollmachtnehmer:in wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte über meine personenbezogenen Daten durch meine behandelnde Ärztin und das Praxispersonal zu erhalten.

Vollmachtgeber (z.B. Patient/in, gesetzliche Betreuung)

## Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Vollmachtnehmer:in (z.B. Bevollmächtigte:r)

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

- Dem / Der Bevollmächtigten soll umfassend **Auskunft** über meinen Gesundheitszustand erteilt werden. Die behandelnde Ärztin sowie das Praxispersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem / der Bevollmächtigten entbunden.
- Dem / der Bevollmächtigten die **Einsicht** in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnde Ärztin sowie das Praxispersonal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem / der Bevollmächtigten entbunden.
- Ich bin damit einverstanden, dass für mich ausgestellte **Rezepte, Überweisungen und Verordnungen** vom Bevollmächtigten abgeholt werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtgeber:in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Vollmachtnehmer:in