

Schweigepflichtsentbindung & Vollmacht

Ich Name, Vorname : _____

geb. am: _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

entbinde die Arztpraxis

Hauptpraxis: Dr. med. Ingrid Wagner
Mittelstraße 18
16515 Oranienburg

Zweigpraxis: Dr. med. Ingrid Wagner
Kantstraße 1
17268 Templin

gegenüber (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

1. _____

2. _____

3. _____

(nicht zutreffendes ist zu streichen)

von der Schweigepflicht.

Darüber hinaus sind die o.g. Personen (oder Institutionen) dazu berechtigt, Rezepte, Verordnungen, Dokumente und Unterlagen an meiner Stelle in Empfang zu nehmen. Die Bevollmächtigten weisen sich vor Ort aus (Personalausweis oder Führerschein oder Reisepass, bei Institutionen ein Betriebsausweis oder gleichwertiges Dokument).

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Anlagen : • Ausweiskopie Vollmachtgeber