

# Bevollmächtigung für die Abholung von ärztlichen Befunden und Rezepten

Patienten Name: \_\_\_\_\_ SVNr: \_\_\_\_\_

Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

Ich stimme als Patient des behandelnden Arztes \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes einfügen) zu, dass der oben genannte Bevollmächtigte bis auf  
Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit  
Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung,  
die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über  
Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen  
einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten) von meinem behandelnden  
Arzt erhalten darf und auch meine Befunde und Rezepte von meinem behandelnden  
Arzt ausgehändigt erhalten darf.

Die Einverständniserklärung ist auch bei einer, etwa urlaubsbedingten, ärztlichen  
Vertretung des behandelnden Arztes wirksam.

---

Datum

Unterschrift des Patienten

Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.