

## Vollmacht und Schweigepflichtentbindung zur Abholung von Patientenunterlagen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Bevollmächtigte Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Vollmacht: Ich bevollmächtige die oben genannte Person, die von der Frauenmedizin Nordhessen eGbR für mich bereitgestellten Behandlungsunterlagen in meinem Namen entgegenzunehmen.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht: Ich entbinde die behandelnden Ärztinnen/Ärzte sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frauenmedizin Nordhessen eGbR ausschließlich zum Zweck der Herausgabe der nachfolgend bezeichneten Behandlungsunterlagen an die oben genannte bevollmächtigte Person von der ärztlichen Schweigepflicht.

Umfang der Unterlagen:

☐ vollständige Behandlungsakte

☐ nur folgende Unterlagen / Zeitraum:

Geltungsdauer/Widerruf: Diese Vollmacht und Schweigepflichtentbindung gilt ausschließlich für die oben bezeichnete Herausgabe. Sie kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden und erlischt nach erfolgter Übergabe.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in:

Praxisvermerk bei Abholung

☐ Identität der bevollmächtigten Person geprüft

Datum / Kürzel Mitarbeiter/in:

