HAUSARZTPRAXIS
SCHMIDT UND BOROWSKI

Vollmacht

zur Abholung von Rezepten, Verordnungen, Krankenberichten u.ä. durch Angehörige oder andere Personen, sowie die Erteilung von Auskünften per Telefon.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der neuen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) dürfen wir keine Rezepte, Verordnungen, Berichte oder sonstige Auskünfte ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung herausgeben. Wenn Sie wünschen, dass vorgenannte Dokumente durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung entsprechend aus und unterzeichnen diese.

Wir weisen darauf hin, dass auf Basis der ausgehändigten Dokumente ein Rückschluss auf das Krankheitsbild möglich sein kann.

Der Abholer muss sich entsprechend ausweisen.

Ohne diese unterschriebene Einwilligungserklärung ist eine Abholung durch einen Angehörigen oder eine andere Person nicht möglich.

Die vollständigen Informationen zur Datenschutz-Grundverordnung liegen in unserer Praxis aus.

Einwilligungserklärung:

▶ .....

Ich (Name, Vorname, Geburtsdatum) willige ein, dass Dokumente, meine Person betreffend, an

▶ .....

(Name, Vorname, Geburtsdatum) ausgehändigt werden dürfen.

Die Einwilligung gilt ☐ einmalig ☐ wiederkehrend

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, Von der Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig..

▶ ..... ✗ .....

Datum Unterschrift Patientin / Patient