

Einwilligung zur Abholung von Rezepten / Unterlagen durch Dritte

Patient/in:

Name:

Geburtsdatum:

Hiermit erteile ich, die oben genannte Person, folgende Einwilligung:

Name der bevollmächtigten Person:

Geburtsdatum:

zum Empfang folgender Unterlagen in meinem Namen:

Rezepte (Wiederholungsrezepte / Dauertherapie)

Überweisungen

Arztbriefe / Befunde

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen

Sonstiges:

Die Einwilligung gilt:

einmalig für den heutigen Tag

bis auf Widerruf

bis zum (Datum)

Diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an oder per Fax an übermittelt werden kann. Aus einer Verweigerung oder einem Widerruf entstehen keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in: