



## HAUSARZTPRAXIS an der Linde

Dr. med. univ. Tanja Gresser

Fachärztin für Innere Medizin  
Psychosomatische Grundversorgung  
Ernährungsmedizin  
Faltenbehandlung

### **Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Medikament und Befunden**

Ich,

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name und Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
wohnhaft (Straße, PLZ und Ort)

#### **bevollmächtige hiermit**

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

#### **zur Abholung / Weiterleitung folgender Dokumente**

alle Praxisformulare (Rezepte -> auch an Apotheke weiterleiten), Überweisungen, Befunde, Heil- und Hilfsmittel, Atteste, etc.

Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.

Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

keine Weitergabe von: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mir Dokumente per E-Mail oder Fax ggf. Handy übermittelt werden

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Fax-Nr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift > **Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss**