



## Vollmacht zur Abholung von Dokumenten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus Datenschutzgründen dürfen wir ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung weder CDs mit Röntgenbildern oder anderen Aufnahmen noch Befunde, Rezepte u.ä. an Angehörige oder andere Personen herausgeben. Wenn Sie wünschen, dass eine Person Ihres Vertrauens diese Dokumente für Sie abholt, füllen Sie bitte diese Vollmacht aus.

Sie muss sowohl von Ihnen als auch der/dem Bevollmächtigten unterschrieben werden. Die/der Bevollmächtigte muss bei Abholung dieses Formular und eine Kopie Ihres Ausweises mitbringen und sich selbst ausweisen können.

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,  
Name, Vorname Patient/-in (**Vollmachtgeber/-in**)

willige ein, dass radiologisches Bildmaterial, Befunde, Rezepte u.ä.

an \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,  
Name, Vorname (**Bevollmächtigte/r**)

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber/-in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bevollmächtigte/r

### Zur Abholung bitte Folgendes mitbringen:

- ausgefüllte und unterschriebene Vollmacht
- Ausweis oder Ausweiskopie der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers, ggf. Versichertenkarte
- Ausweis der/des Bevollmächtigten