

PRAXIS RÖVER

www.praxis-roever.de

# Vollmacht Patient Datenschutz

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc. und  
Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich, \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name des Vollmachtgebers)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Adresse des Vollmachtgebers)

geb. am \_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des Vollmachtgebers)

**bevollmächtigte hiermit (Identitätsnachweis/Personalausweis erforderlich)**

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name des Bevollmächtigten)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum des Bevollmächtigten)

\_\_\_\_\_  
(Adresse des Bevollmächtigten)

**zur Abholung folgender Dokumente in der HNO Praxis von Dr. med. T. Röver:**

- Rezepte**
- Überweisungen**
- Befunde / Arztbriefe**
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung**
- \_\_\_\_\_

**und entbinde Dr. med. Tilman Röver und die Praxismitarbeiter insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der oben genannten Person .**

Die Vollmacht und Entbindung der Schweigepflicht kann von mir jederzeit, ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vollmachtgebers)