

Vollmacht zur Abholung der Krankenakte

Patient:

VORNAME	NACHNAME
GEBURTSDATUM	ADRESSE

Bevollmächtigte Person:

VORNAME	NACHNAME
GEBURTSDATUM	ADRESSE

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, meine Krankenakte bei der Hausarztpraxis Schötz GmbH abzuholen. Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, die vollständige Patientenakte in Empfang zu nehmen und entsprechende Bestätigungen zu unterzeichnen.

Mir ist bewusst, dass durch die Übergabe meiner Krankenakte an die bevollmächtigte Person medizinische und persönliche Daten offengelegt werden.

Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift des Patienten (Vollmachtgeber)	Unterschrift der bevollmächtigten Person