

Vollmacht zur Aushändigung von Patientenunterlagen

Hiermit erkläre ich

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

mich einverstanden mit der Herausgabe folgender, mich betreffender Patientenunterlagen
(bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ Bericht der Untersuchung vom (Datum notieren) _____
- ☐ Röntgenbilder der Untersuchung vom (Datum notieren) _____
- ☐ Ultraschallbilder der Untersuchung vom (Datum notieren) _____
- ☐ Laborbefunde vom (Datum notieren) _____
- ☐ Rezept für das Medikament (Medikament notieren) _____
- ☐ Komplette Patientenunterlagen
- ☐ Sonstiges (bitte notieren) _____
- _____

an folgende Person

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, den Empfang der Unterlagen zu quittieren

Gültig ist diese Vollmacht nur in dieser Angelegenheit

Ort / Datum _____ Unterschrift Patient/in _____

Ort / Datum _____ Unterschrift Empfänger _____

Patientenunterlagen wurden ausgehändigt am _____

Unterschrift MPA _____

☐ Beilage Kopie Identitätskarte / Pass Bevollmächtigter