

Vollmacht für die Abholung  
von personenbezogenen Dokumenten  
in der Arztpraxis Dr. med. Iduna Alscher

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s*

\_\_\_\_\_  
*Adresse der/des Vollmachtgeberin/s*

**bevollmächtigt hiermit**

- **Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung oder des Pflegedienstes:**

\_\_\_\_\_  
*Name der Einrichtung/ Unternehmen*

\_\_\_\_\_  
*Adresse*

- **Mitarbeiter der Apotheke:**

\_\_\_\_\_  
*Name der Apotheke*

\_\_\_\_\_  
*Adresse*

- **Mitarbeiter des medizinischen Fachhandels:**

\_\_\_\_\_  
*Name des Unternehmens*

\_\_\_\_\_  
*Adresse*

- **Angehörige:**

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname, Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Verwandtschaftsverhältnis*

\_\_\_\_\_  
*Adresse*

- **Betreuer:**

\_\_\_\_\_  
*Name (Kopie des Betreuungsausweises beifügen)*

\_\_\_\_\_  
*Adresse*

**zur Abholung der folgenden Dokumente:**

- Versichertenkarte       Rezepte       Überweisungen  
 Verordnung häusliche Krankenpflege       Verordnungsbelege       Befunde  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

**in der Arztpraxis** Dr. med. Iduna Alscher, Seminarstraße 43 in 08289 Schneeberg

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s*

Nachweis der Identität der/des Bevollmächtigten durch ein amtliches Dokument mit Bild erforderlich. (nur notwendig bei namentlicher Nennung einer Person)

Sie können die Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. In diesem Fall bitten wir um schriftliche Mitteilung.

Einverständniserklärung des Patienten  
zur Übermittlung von Behandlungsdaten  
und Befunden (§ 73 Abs. 1b SGB V)  
durch bzw. an die Arztpraxis Dr. med. Iduna Alscher  
Schweigepflichtentbindung

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s*

\_\_\_\_\_  
*Adresse der/des Vollmachtgeberin/s*

**Aushändigung personenbezogener Dokumente an Dritte**

Ich willige ein, dass vorliegende Behandlungsdaten/ Befunde, soweit sie für meine Behandlung erforderlich sind, durch die Praxis Dr. med. Iduna Alscher zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung ausgehändigt werden können.

In diesem Rahmen entbinde ich, Frau Dr. med. Iduna Alscher von ihrer Schweigepflicht gegenüber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

hinsichtlich *folgender/ aller* Unterlagen (unzutreffendes streichen):

\_\_\_\_\_

**Anforderung personenbezogener Dokumente von Dritten**

Ich willige ein, dass die bei unten genanntem Arzt/ Behandlungseinrichtung vorliegenden Behandlungsdaten/ Befunde, soweit sie für meine Behandlung erforderlich sind, durch die Praxis Dr. med. Iduna Alscher zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung angefordert werden können.

In diesem Rahmen entbinde ich, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht gegenüber Frau Dr. med. Iduna Alscher  
hinsichtlich *folgender/ aller* Unterlagen (unzutreffendes streichen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Auskunft an Angehörige**

Ich willige ein, dass Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand an folgende **Angehörige** weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde.

\_\_\_\_\_  
*Name, Vorname, Geburtsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Verwandschaftsverhältnis*

\_\_\_\_\_  
*Adresse*

Identitätsprüfung – Geburtsname der Mutter des Patienten: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Patientin

Sie können die Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. In diesem Fall bitten wir um schriftliche Mitteilung.