



DR. MED. ROBERT B. HOENE

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

## Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

### Ich (Vollmachtgeber/in),

--	--

Vorname, Name

Geburtsdatum

--

Straße, Hausnummer

--

PLZ, Ort

### bevollmächtigte hiermit

--	--

Vorname, Name

Geburtsdatum

--

Straße, Hausnummer

--

PLZ, Ort

### zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- Heil- und Hilfsmittel
- Alles, was in der Praxis für mich anfällt
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnde Ärzte zu erhalten.  
Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden.  
Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

--	--

PLZ, Ort

Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.