



Dauervollmacht

für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc.

Hiermit bevollmächtige ich,

Vorname, Name, Geburtsdatum des/r Vollmachtgebers/in

Adresse des/r Vollmachtgebers/in

Vorname, Name, Geburtsdatum des/r Vollmachtnehmers/in

Adresse des/r Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte/ Betäubungsmittelrezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- Heil-und Hilfsmittel
- Alles, was in der Praxis für mich anfällt

Der/Die VollmachtnehmerIn wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelndes ärztliches Fachpersonal zu erhalten. Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden. Das behandelnde ärztliche Fachpersonal sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

Diese Vollmacht gilt bis sie widerrufen wird.

Ort, Datum

Unterschrift

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

**Zentrum für ganzheitliche
Schmerzmedizin**

MVZ GmbH
Cottbuser Straße 29
01129 Dresden

Ärztlicher Leiter Torsten Kupke

Telefon +49 (0)351 21 777 9 0
Telefax +49 (0)351 21 777 9 99

info@schmerzmedizin-dresden.de
www.schmerzmedizin-dresden.de

Betriebsstätte
Industriestraße 23
01129 Dresden