

## Vollmacht gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich, \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
(Name des Patienten)

hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass nachfolgende Person(en) Rezepte, Überweisungen, oder ärztliche Unterlagen in meinem Namen entgegennehmen dürfen. Die behandelnden Ärzte entbinde ich diesbezüglich von der Schweigepflicht.

- Vorname und Name, geb.: \_\_\_\_\_
- Vorname und Name, geb.: \_\_\_\_\_
- Vorname und Name, geb.: \_\_\_\_\_
- Vorname und Name, geb.: \_\_\_\_\_

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Lauffen, den \_\_\_\_\_  
heutiges Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Eine Aushändigung von Formularen an dritte Personen ist nur noch mit schriftlicher Vollmacht erlaubt. Wir bitten Sie, in diesem Fall, diese Vollmacht auszustellen. Zusätzlich muss sich der Abholer mit einem amtlichen Ausweis legitimieren.