



## Patientenvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber),

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtsdatum und -ort	

folgende Person (Bevollmächtigter)

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtsdatum und -ort	

in folgendem Umfang in meinem Namen

- zur Entgegennahme meines Rezepts / meiner Rezepte
- zur Entgegennahme meines Medikaments / meiner Medikamente
- zur Entgegennahme meiner fachärztlichen Überweisung
- zur Entgegennahme meiner angeforderten Dokumente: \_\_\_\_\_

für folgenden Zeitraum

- einmalig am \_\_\_\_\_
- bis zum \_\_\_\_\_
- dauerhaft

Die Kopie eines amtlichen Ausweises wird durch den Bevollmächtigten zur Legitimierung vorgelegt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient  
(bzw. ges. Vertreter)