

Bevollmächtigung für die Abholung von ärztlichen Befunden und Rezepten und Erteilung der Auskunftserlaubnis in medizinischen Fragen

Patienten Name: _____ SVNr: _____

Bevollmächtigte: _____

Ich stimme als Patient des behandelnden Arztes Dr. Christian Zenz zu, dass die oben genannten Bevollmächtigten bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arztspezialitäten) von meinem behandelnden Arzt erhalten darf und auch meine Befunde und Rezepte von meinem behandelnden Arzt ausgehändigt erhalten darf. Ich willige ein, dass oben genannten Bevollmächtigten Auskunft zu medizinischen Fragen, die meine Person betreffen, zu erteilen ist. Die Einverständniserklärung ist auch bei einer, etwa urlaubsbedingten, ärztlichen Vertretung des behandelnden Arztes wirksam.

Datum

Unterschrift des Patienten

Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.