



## Patientenvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber),

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtstag und -ort	

folgende Person (Bevollmächtigter)

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtstag und -ort	

in folgendem Umfang in meinem Namen (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- zur Entgegennahme meines Rezeptes / meiner Rezepte
- zur Entgegennahme meines Medikamentes / meiner Medikamente
- zur Entgegennahme meiner Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- zur Entgegennahme meiner angeforderten Dokumente:

\_\_\_\_\_

für folgenden Zeitraum (Bitte zutreffendes ankreuzen)

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

Eine Kopie eines amtlichen Ausweises wird durch den Bevollmächtigten zur Legitimierung vorgelegt.  
Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter)