

Vollmacht zur Aushändigung von Patientenunterlagen

Hiermit erkläre ich (Name und Adresse des Patienten)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Zeitraum der Behandlung	
Ort der Behandlung	

mich einverstanden mit der Herausgabe folgender mich betreffender Patientenunterlagen (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Röntgenbilder | <input type="checkbox"/> Laborwerte |
| <input type="checkbox"/> CT-Bilder | <input type="checkbox"/> OP-Berichte |
| <input type="checkbox"/> MRT-Bilder | <input type="checkbox"/> Entlassbericht |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte benennen) | |

an folgende Person (**Vorlage amtliches Ausweisdokument**)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Der Bevollmächtigte ist berechtigt, den Empfang der Unterlagen zu quittieren. Gültig ist die Vollmacht nur in dieser Angelegenheit.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/in _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Empfänger _____

Patientenunterlagen wurden ausgehändigt am:	
Unterschrift Mitarbeiter: (Amtliches Ausweisdokument liegt vor)	

