

Falls Sie es wünschen, können Sie eine Vollmacht erteilen:

VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

meine/meinen

Ehefrau Ehemann Tochter Sohn Schwester Bruder andere Person

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

und meine/meinen

Ehefrau Ehemann Tochter Sohn Schwester Bruder andere Person

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

jegliche Arztberichte, Laborberichte, Heil- und Kostenpläne / Kostenvoranschläge, Überweisungen, Röntgenbilder, Karteiausdrucke, Krankmeldungen, Rezepte, Rechnungen und Terminzettel für mich, bzw. mein Kind _____, bzw. mein Mündel _____ abzuholen.

Ich entbinde hiermit die Mitarbeiter der Praxis Dr. Bönner und Kollegen gegenüber den oben genannten Personen von der Schweigepflicht.

Freudenstadt, den

(Unterschrift des Patienten)

Diese Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden.