

VOLLMACHT

Ich,

Vorname, Nachname und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Nachname und Geburtsdatum des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art/Röntgenaufnahmen
- Zahnersatz/Reperaturen
- Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden.
- Anderes: _____

Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Dokument dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten. Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem /der Bevollmächtigten entbunden.

PLZ

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus!

Sie kann jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch einen amtlichen Ausweis (Personalausweis, Führerschein) identifizieren kann.

Entbindung der zahnärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich (Vollmachtgeber s.o) die Zahnarztpraxis Stefan Bacso gegenüber der oben genannten bevollmächtigten Person, von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass ihr alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Behandlung meiner Person stehen. Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtsentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift