

Vollmacht zur Abholung von Rezepten und Verordnungen durch Angehörige oder andere Personen

MAYBACH
MEDICAL
GROUP

Bitte wählen Sie den Betrieb, in dem Sie behandelt werden aus

- Maybach Medical MVZ Orthopädie Stuttgart (Standorte: S-Pragsattel, S-Mitte, Esslingen)
- Maybach Medical MVZ Orthopädie Sindelfingen (Standorte: Sindelfingen, Böblingen)
- OC-S MVZ Orthopädie Chirurgie Schorndorf
- Orthoklinik Rottweil Schramberg MVZ (Standorte: Rottweil, Schramberg-Sulgen)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) dürfen wir keine Patientendokumente (z.B. Befunde, Arztbriefe, Rezepte) ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben.

Wenn Sie wünschen, dass Ihre Dokumente durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden sollen, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass durch diese Dokumente ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann.

Teilen Sie bitte zudem dem Abholer mit, dass er sich bei der Abholung entsprechend ausweisen muss. Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist keine Abholung Ihrer Unterlagen durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

Sie können das Formular entweder bei uns ausfüllen und abgeben oder es zu Hause ausfüllen und dem jeweiligen Abholer mitgeben.

Einwilligungserklärung

Ich, _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

willige ein, dass Unterlagen meiner aktuellen Behandlung dem

Abholer _____ [Name, Vorname, Geburtsdatum]
ausgehändigt werden dürfen.

Die Einwilligung gilt für (bitte ankreuzen):

- Arztbrief
- Rezept / Verordnung
- Befund
- sonstiges: _____

Ich habe die obigen Hinweise zur Abholung der Dokumente durch Angehörige und andere Personen gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift Patientin / Patient