

Datenschutzvollmacht zur Abholung von Rezepten, Verordnungen, Röntgenbildern, Medikationsplänen, Überweisungen, CD's und Ähnlichem durch Angehörige, Verwandte oder Nachbarn

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

nach Einführung der neuen Datenschutzgrundverordnung dürfen Ihre Daten nicht mehr an dritte weitergegeben werden, darunter fallen auch Rezepte, Verordnungen, Medikationspläne, Überweisungen, Einweisungen und Ähnliches. Wenn Sie wünschen, dass vorgenannte Dokumente durch **Angehörige o.ä** abgeholt werden können, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis der ausgehändigten Dokumente ggf. ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann.

## Einwilligungserklärung

\_\_\_\_\_  
*Ich (Name, Vorname, Geburtsdatum)*

willige ein, dass die mich behandelnde Arztpraxis Dokumente, die Rückschlüsse auf meine aktuelle Behandlung zulassen, an Angehörige o.a

\_\_\_\_\_  
Name des Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Adresse des Bevollmächtigtem

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Bevollmächtigtem

**zur Abholung aushändigen, dürfen.**

*Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.*

*Der Bevollmächtigte muss sich jederzeit mit einem gültigem Ausweis ausweisen können*

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

