

# Vollmacht

für die Abholung von  
Rezepten, Befunden etc.



Lungenzentrum Ulm  
Pneumologische  
Gemeinschaftspraxis

**Ich,**

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtgebers

---

wohnhaft in

---

Adresse des Vollmachtgebers

**bevollmächtigte hiermit**

---

Vorname, Name und Geburtsdatum des Vollmachtnehmers

---

wohnhaft in

---

Adresse des Vollmachtnehmers

## zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde jeglicher Art
- Heil- und Hilfsmittel
- Alles, was in der Praxis für mich anfällt
- Der Vollmachtnehmer wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, Auskünfte durch meine behandelnden Ärzte zu erhalten.

Dem/der Bevollmächtigten soll umfassend Auskunft über meinen Gesundheitszustand sowie Einsicht in die Krankenunterlagen erteilt werden.

Die behandelnden Ärzte sowie das Personal werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem/der Bevollmächtigten entbunden.

---

PLZ, Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.  
Die Vollmacht ist gültig bis zum Widerruf.

[www.lungenzentrum-ulm.de](http://www.lungenzentrum-ulm.de)