

## Vollmacht über Formularabholung durch Dritte

### Von

#### Patient/in:

Name, Vorname:

Geb. am:

Bei Minderjährigen Name, Vorname Erziehungs-/ Sorgeberechtigte/r:\*

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Telefon\*:

Fax\*:

E-Mail\*:

(\* = freiwillige Angaben, bei E-Mail an Patienten zusätzliche Einverständniserklärung erforderlich)

(Im Folgenden „Patient/in“ genannt, bei Minderjährigen gibt der Sorge- / Erziehungsberechtigte die Erklärung ab und unterschreibt diese im Namen des / der Minderjährigen an entsprechender Stelle)

### gegenüber

#### Praxisname: ELLER&KELLERMANN

Anschrift der Praxis: Leipziger Platz 15, 10117 Berlin

Telefon: 030 20 21 40 30

Fax: 030 20 21 40 320

(Im Folgenden „Praxis“ genannt)

Ich als Patient/in entbinde die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte und Ärztinnen sowie Mitarbeiterinnen der o.g. Praxis gegenüber den nachfolgenden Personen von der Schweigepflicht. Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass nachfolgenden Personen Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand erteilt werden dürfen und auf Wunsch alle Informationen aus meiner Patientendokumentation, d.h. (Nichtgewünschtes bitte streichen)

- Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung,
- die Vorgeschichte einer Erkrankung,
- die Diagnose(n),
- den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen,
- Befunde, Arztbriefe, Bildbefunde
- ausgestellte Formulare,
- Ergebnisse genetischer Analysen,
- Gesundheitsdaten,
- behördlichen Schriftverkehr,

# ELLER KELLERMANN

- mich betreffende Gesundheitsdaten, die von Dritten an die Praxis übermittelt wurden,

an den / die Bevollmächtigten **persönlich herausgegeben werden dürfen oder per Brief (mit Vermerk PERSÖNLICH / VERTRAULICH) an die Adresse der Bevollmächtigten weitergeleitet werden dürfen** (ggf. streichen). Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine E-Mail-Übertragung **nur** an den / die Patient/in selbst möglich, hierzu bedarf es einer gesonderten Einwilligung des Patienten / der Patient/in.)

Folgenden Personen erteile ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Nachname Patient/in) für folgende Bereiche eine Vollmacht und entbinde die o.g. Praxis, ihre Inhaber und ihre Mitarbeiter/innen entsprechend von ihrer Schweigepflicht:

Mir ist bekannt, dass sich die betreffenden Personen vor Aushändigung der Unterlagen durch Personalausweis / Reisepass legitimieren müssen, damit ihre Identität zweifelsfrei festgestellt werden kann. Ich werde die bevollmächtigte Person hierauf hinweisen. Die Aushändigung der Unterlagen wird in meiner Patientenakte vermerkt (Name des Empfängers / Datum der Aushändigung).

<b>Bevollmächtigte Person 1</b> <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar _____	Vollmacht / Schweigepflichts- entbindung <b>für ALLE</b> <b>Gesundheitsdaten</b> <b>(s.o.) und Formulare</b>	Vollmacht / Schweigepflichts- entbindung <b>NUR FÜR</b> <b>FORMULAR-</b> <b>ABHOLUNG</b>
Vorname:	<b>X</b> Unterschrift Patient	<b>X</b> Unterschrift Patient
Name:		
Straße, Hausnr.		
PLZ:		
Ort:		

Die von mir getätigten Angaben mache ich als Patient/in freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit per Post, per Fax, per E-Mail an unsere obenstehenden Praxiskontaktadressen oder persönlich widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum ordnungsgemäßen Eingang des Widerrufs bei der Praxis unberührt. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung bzw. Betreuung durch die Praxis.

Ort: \_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: **X** \_\_\_\_\_