

# F 72 Vollmacht zur Abholung von Rezepten, Verordnungen, Überweisungen u.ä. durch Angehörige oder andere Personen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der neuen Datenschutzgrundverordnung dürfen wir keine Rezepte, Verordnungen, Röntgenbilder, CD's u.ä. ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben. Wenn Sie wünschen, dass vorgenannte Dokumente durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis der ausgehändigten 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 durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

Ich, Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

willige ein, dass Dokumente, die Rückschlüsse auf meine aktuelle Behandlung zulassen, an:

Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Pflegeeinrichtungen: Stempel + Unterschrift: \_\_\_\_\_

zur Abholung ausgehündigt werden dürfen.

## Die Einwilligung gilt wiederkehrend (bitte streichen, falls das nicht zutrifft)

Ich habe die obigen Hinweise gelesen und verstanden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Schwabenheim, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlichen Vertreters)**

Hinweis: Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht in stationärer Behandlung befinden, da wir anderenfalls nicht berechtigt sind ambulant ein Rezept auszustellen.

---

## Beauftragung zur Überbringung des Rezeptes durch den Arzt an die Apotheke

Hiermit beauftrage Ich meinen behandelnden Arzt/meine behandelnde Ärztin der Praxis Herrmann und Kollegen  
Marktplatz 3 55270 Schwabenheim

Für mich Name: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

meine Verordnungen an folgende Apotheke weiterzuleiten/auszuhändigen:

Name und Ort der Apotheke: \_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Schwabenheim, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlichen Vertreters)**