

## Vollmacht zur Abholung von Rezepten/Überweisungen

### Vollmachtgeber/in:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Bevollmächtigte Person:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, in meinem Namen ärztliche Rezepte/Überweisungen (einschließlich elektronischer Rezepte) bei meiner Arztpraxis abzuholen.

Die bevollmächtigte Person ist berechtigt, alle im Zusammenhang mit der Abholung erforderlichen Erklärungen abzugeben und entgegenzunehmen.

### **Hinweis zum Datenschutz:**

*Mir ist bekannt, dass im Rahmen der Abholung möglicherweise Gesundheitsdaten verarbeitet werden.*

*Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die bevollmächtigte Person Einsicht in die für die Rezeptabwicklung erforderlichen Daten erhält.*

### **Gültigkeit der Vollmacht:**

einmalig am: \_\_\_\_\_

dauerhaft bis auf Widerruf

gültig bis: \_\_\_\_\_

Dresden,

Unterschrift Vollmachtgeber/in: \_\_\_\_\_