

## Vollmacht

### Zahnarztpraxis

ZKZentrum - Dr.Dr. von Haussen, Hellmann, Oldörp

Seestern-Pauly-Strasse 10

21493 Schwarzenbek

Liebe Patientin, lieber Patient,

aus datenschutzrechtlichen Gründen sind wir verpflichtet, unsere Patientendaten zu schützen. Daher können wir Rezept, Überweisungen, Befunde, Röntgenaufnahmen nur noch an unsere Patienten direkt oder an bevollmächtigte Abholer aushändigen.

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z. B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss.

Die Vollmacht kann von Ihnen jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

Ihr Praxisteam

### Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

#### Patient:

Name, Vorname: .....

Geb.-Datum: .....

Hiermit bevollmächtige ich,

einmalig

dauerhaft bis auf Widerruf

.....

(Name des/der Bevollmächtigten)

Rezepte, Überweisungen, Befunde oder Röntgenaufnahmen abzuholen und für mich in Empfang zu nehmen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/in