

Vollmacht / Einwilligung zur Abholung von Rezepten und oder Unterlagen durch von mir beauftragte Personen

Ich, willige ein, dass von mir
Vorname Name, Geb.dat., Wohnort, Straße Hsnr.

beauftragte Personen Rezepte Verordnungen und/oder Befunde in der **Urologischen Gemeinschaftspraxis Michelfeld** abholen dürfen.

Mir ist bekannt und bewusst dass diese Dokumente Rückschlüsse auf meine Erkrankungen und meine Behandlung zulassen.

Mir ist bekannt, dass die von mir beauftragte Person bei jeder Abholung eine Eidesstattliche Versicherung abgeben muss, in der diese Person

1. den durch Sie erteilten Auftrag zur Abholung bestätigt und
2. bei Rezepten und Verordnungen versichert dass Sie sich zum Zeitpunkt der Ausstellung des Rezeptes nicht in einer Einrichtung zur stationären Versorgung, z.B. Krankenhaus oder Rehabilitationsklinik befinden.

Mir ist bekannt, dass falsche Angaben Regressforderungen der Kostenträger nach sich ziehen können. Der aus einem solchen Regress für die Urologische Gemeinschaftspraxis Michelfeld entstehende materielle und immaterielle Schaden geht zu meinen Lasten.

Ich habe die Hinweise gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht / Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Michelfeld, den

.....
Unterschrift