

## Vollmacht zur Abholung von Rezepten/Verordnungen/Befunden

Liebe Patientin,

aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO) dürfen wir keine Rezepte/Verordnungen/Befunde ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben. Wenn Sie wünschen, dass Ihre Rezepte/Verordnungen/Befunde durch eine Angehörige oder eine andere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis von Rezepten/Verordnungen/Befunden ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann. Teilen Sie bitte zudem der Abholerin mit, dass sie sich bei der Abholung entsprechend ausweisen muss.

Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist keine Abholung Ihrer Rezepte/Verordnungen/Befunde durch eine Angehörige oder eine andere Person möglich.

### Einwilligungserklärung

Ich, \_\_\_\_\_  
[Name, Vorname, Geb.-Datum]

willige ein, dass Rezepte/Verordnungen/Befunde meiner aktuellen Behandlung an

\_\_\_\_\_  
[Name, Vorname, Geburtsdatum]

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

### Die Einwilligung gilt für (bitte ankreuzen):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ein einmaliges Rezept     | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Rezepte      |
| <input type="checkbox"/> eine einmalige Verordnung | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Verordnungen |
| <input type="checkbox"/> einen einmaligen Befund   | <input type="checkbox"/> wiederkehrende Befunde      |

Ich habe die obigen Hinweise zur Abholung von Rezepten/Verordnungen/Befunden durch Angehörige und andere Personen gelesen und verstanden.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patientin/gesetzlicher Vormund