

## **Vollmacht zur Abholung von Befunden, Rezepten und Verordnungen durch Angehörige oder andere Personen**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
nach der neuen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) dürfen wir keine Befunde / Rezepte /  
Verordnungen ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur  
Abholung herausgeben.

Wenn Sie wünschen, dass Ihre Befunde / Rezepte / Verordnungen 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 von Befunden, Rezepten und  
Verordnungen 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 Ihrer Befunde / Rezepte /  
Verordnungen durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

### **Einwilligungserklärung**

Ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

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

\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Geburtsdatum

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

Die Einwilligung gilt für (bitte ankreuzen):

- ein einmaliger/s Befund / Rezept / Verordnung
- wiederkehrende Befunde / Rezepte / Verordnung

Ich habe die obigen Hinweise zur Abholung von Befunden / Rezepten / Verordnungen durch  
Angehörige und anderen Personen gelesen und verstanden.  
Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Datum, Unterschrift Patientin / Patient

FB K1-107\_V1