



## Patientenvollmacht

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber)

\_\_\_\_\_  
Vor-/ Zuname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Folgende Person (Bevollmächtigter)

\_\_\_\_\_  
Vor-/ Zuname

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

In folgendem Umfang in meinem Namen (**Bitte kreuzen Sie an!**)

- Zur Entgegennahme meines Rezeptes/ meiner Rezepte
- Zur Entgegennahme meines Medikamentes/ meiner Medikamente
- Zur Entgegennahme meiner fachärztlichen Überweisung
- Zur Entgegennahme meiner angeforderten Dokumente/ Bescheinigungen

Für folgenden Zeitraum:

- Einmalig am \_\_\_\_\_
- Bis zum \_\_\_\_\_
- Dauerhaft \_\_\_\_\_

Ein amtlicher Ausweis wird durch den Bevollmächtigten zur Legitimierung vorgelegt.  
Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft  
widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin oder gesetzl. Vertreter

**Gemeinschaftspraxis**

**Dr. med. Almut Danneberg, MUDr. Berhane Staab-Tafessework**

Schmittstraße 33-35 | 55411 Bingen am Rhein

Tel. 06721 15158 | Fax. 06721 16300 | info@frauenarzt-bingen.de | www.frauenarzt-bingen.de

Steuernr.: 08/220/1667/9 | Ust.-Ident. Nr. DE119260415 | IBAN: DE27 3006 0601 0007 2265 60 | BIC: DAAEDEDXXX