

# VOLLMACHT ZUR ABHOLUNG VON REZEPTEN, VERORDNUNGEN U.Ä. DURCH ANGEHÖRIGE ODER ANDERE PERSONEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

nach der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung dürfen wir keine Rezepte, Verordnungen, Röntgenbilder, CDs, und/oder Befunde u.ä. ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben.

Wenn Sie wünschen, dass Ihre Rezepte, Verordnungen, Röntgenbilder, CDs, und/oder Befunde u.ä. durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Vollmacht unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis von Rezepten, Verordnungen, Röntgenbildern, CDs, und/oder Befunden u.ä. ein Einblick in das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann.

Teilen Sie bitte zudem dem Abholer mit, dass er sich bei der Abholung entsprechend ausweisen (mit Lichtbild) muss. Ohne die unterschriebene Vollmacht ist keine Abholung Ihrer Rezepte, Verordnungen, Röntgenbilder, CDs, und/oder Befunde u.ä. durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich, .....

[Name, Vorname, Geb.-Datum bzw. Patientenetikett]

willige ein, dass Rezepte, Verordnungen, Röntgenbilder, CDs, und/oder Befunde u.ä. meiner Behandlung

.....

[Name, Vorname, Geburtsdatum]

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

DIE EINWILLIGUNG GILT FÜR (BITTE ANKREUZEN):

Einmalige Rezepte, Verordnungen, Röntgenbilder, CDs, und/oder Befunde u.ä.

Wiederkehrende Rezepte, Verordnungen, Röntgenbilder, CDs, und/oder Befunde u.ä.

Ich habe die obigen Hinweise zur Abholung von Rezepten, Verordnungen, Röntgenbildern, CDs, und/oder Befunden u.ä. durch Angehörige und anderen Personen gelesen und verstanden.

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

Bochum, .....

[Unterschrift Patientin/Patient]