

Empfangsvollmacht zur Übermittlung von Behandlungsdaten, Rezepten und Befunden

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

.....
Krankenkasse

Hiermit bevollmächtige ich

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Adresse

mich betreffende Rezepte, Laborwerte, Befundberichte, Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder
u.ä. stellvertretend von Seiten des Ambulanten Lungenzentrums Essen in Empfang zu nehmen.

Dass ich diese Vollmacht jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort Datum

.....
Unterschrift des Patienten