



Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
Feldstraße 9 | 54516 Wittlich

Fon: 06571/7580
Fax: 06571/147327

Liebe Patienten,

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

Wenn Sie wünschen, dass Ihre Rezepte, Verordnungen und/oder Befunde u.Ä. durch einen Angehörigen oder eine weitere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Vollmacht unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis von Rezepten, Verordnungen 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 muss.

Ohne die unterschriebene Vollmacht ist keine Abholung Ihrer Rezepte, Verordnungen und/oder Befunde u.Ä. durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

Einwilligungserklärung:

Ich, _____
(Name, Vorname, Geb.-Datum)

willige ein, dass Rezepte, Verordnungen und/oder Befunde u.Ä. meiner Behandlung folgenden Personen:

(Name, Vorname, Geb.-Datum)

(Name, Vorname, Geb.-Datum)

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

Die Einwilligung gilt (bitte ankreuzen):

- einmalig
- wiederkehrend

Ich habe die obigen Hinweise gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift des Patienten