Vollmacht für die Abholung von
Rezepten und Überweisungen*

Praxis Mohebi & Mikas
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung

Hiermit erteilt

☐ Herr ☐ Frau _____ geb. _____
Name tt.mm.jjjj

die Erlaubnis zur Abholung von Rezepten und Überweisungen*.

Die Praxis Mohebi & Mikas wird bis auf Widerruf zur Aushändigung von Rezepten und Überweisungen* gegenüber folgenden Bevollmächtigten (= Abholern) ermächtigt:

☐ Herr ☐ Frau _____ geb. _____
Name tt.mm.jjjj

☐ Herr ☐ Frau _____ geb. _____
Name tt.mm.jjjj

☐ Herr ☐ Frau _____ geb. _____
Name tt.mm.jjjj

Diese Vollmacht wird/ist ausschließlich für diesen Zweck erteilt und befreit die Mitarbeiter der Praxis darüber hinaus nicht von der ärztlichen Schweigepflicht.

_____ _____
Datum/Ort Unterschrift (Patient = Vollmachtgeber)

_____
Erziehungs-/Vertretungsberechtigter (Druck-/Unterschrift)

*Rezepte, Überweisungen sowie andere ärztlich-medizinische Dokumente/Verordnungen wie zum Beispiel Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ("Krankmeldung").