

**Patientenvollmacht für die Befundübermittlung an Dritte/
Abholung von Unterlagen durch Dritte**

-als Anhang zur Einwilligungserklärung zur Datenschutzverordnung -

Name und Anschrift:

Hiermit erkläre Ich mich damit einverstanden
 einverstanden mit Ausnahme von:

NICHT einverstanden, das die Gemeinschaftspraxis Bakede meine vorliegenden Berichte, Befunde, Laborergebnisse o.ä. zu Behandlungszwecken an Krankenhäuser, Mit-/Weiterbehandelnde Ärzte weiterleiten darf.

Hiermit bevollmächtige Ich **folgende Personen**, für mich bestimmte Dokumente und Unterlagen in meinem Auftrag von der Praxis abzuholen, Formularbestellungen (Rezept,Überweisung,AU) für mich zu tätigen und Termine für mich zu vereinbaren bzw. abzusagen (*Bitte Name, Vorname und Geb. Datum angeben*) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Hiermit erkläre Ich mit damit einverstanden, das an **folgende Apotheke** meine Rezepte weitergeleitet werden dürfen (*zutreffendes bitte ankreuzen*):

- Adler Apotheke Deister Apotheke Markt Apotheke
 St. Annen Apotheke Apotheke Deutsche Klinik
 Andere: _____

Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Sollte sich an den oben aufgeführten Personen, Angaben oder Einrichtungen etwas ändern, so ist es meine Aufgabe dies der Praxis mitzuteilen.

Datum, Unterschrift