


Frauenarztpraxis Dr. med. Benita Ewest Weydingerstr. 18, 10178 Berlin	<p style="text-align: center;"><b>Qualitätsmanagement</b></p> Vollmacht zur Abholung von Rezepten, Verordnungen, Überweisungen durch Dritte	
--	--	---

Liebe Patientin,

aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (EU DSGVO) dürfen wir keine Befunde, Rezepte sowie Überweisungen und Verordnungen ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Dritte zur Abholung herausgeben.

Wenn Sie eine Abholung durch Angehörige oder andere Personen wünschen, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung entsprechend aus und unterzeichnen diese.

Teilen Sie bitte der abholenden Person mit, dass sie sich entsprechend ausweisen muss.

**Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist eine Abholung Ihrer Befunde/Rezepte etc. nicht möglich.**

**Einwilligungserklärung**

Ich, .....  
(Name, Vorname, Geb.-datum)

willige ein, dass Rezepte/Verordnungen/Befunde etc. an

.....  
(Name, Vorname Geb.-datum)

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

**Die Einwilligung gilt:**

- einmalig
- wiederkehrend

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

.....  
(Datum, Unterschrift Patientin/Vormund)