

Niederkassel, den \_\_\_\_\_

Datum

## Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Geburtstag und Anschrift Vollmachtgeber

die folgende(n) Person(en)

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift 1. Bevollmächtigte(r)

\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Anschrift 2. Bevollmächtigte(r)

\_\_\_\_\_  
ggf. Name und Anschrift 3. Bevollmächtigte(r)

in meinem Namen Rezepte, Überweisungen, Formulare, Berichte von  
Fachärzten und/oder Kopien meiner Patientenakte entgegenzunehmen.

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ferner soll die Hausarztpraxis Pütz in Niederkassel-Mondorf o.g.  
Bevollmächtigte(n) auf Nachfrage über meinen aktuellen Gesundheitszustand  
aufklären.

(falls nicht zutreffend bitte den Absatz streichen)

Ich entbinde die Hausarztpraxis Pütz in Niederkassel-Mondorf insoweit von  
der ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vollmachtgeber