



GESUNDHEITSPRAXIS Witkiewicz

Vollmachten und Datenschutz

Hiermit erteile ich:
geboren am:

folgender Person / folgenden Personen (bitte den Beziehungsstatus dazuschreiben – Bsp. Tochter) die Vollmacht

Informationen zu meinem Gesundheitszustand zu erhalten:

Rezepte, Verordnungen, Befunde abzuholen:

Des Weiteren bestätige ich hiermit aus Datenschutzgründen, dass die Praxis in Bezug auf meine Behandlung **Kontakt zu anderen Ärzten und Krankenhäusern aufnehmen, Befunde anfordern und weiterleiten darf.**

Ebenso bestätige ich, dass die Praxis mich für Befundmitteilungen, Fragen bzgl. Bestellungen oder Rückruffbitten über folgende Kanäle kontaktieren darf:

Telefon

Fax

Mobiltelefon

E-Mail

Uedem, der

Unterschrift

Diese Vollmacht **gilt bis auf Widerruf** und kann sowohl schriftlich als auch mündlich durch mich widerrufen werden!