

**MVZ Gesundheitszentrum St. Anna GmbH**

Praxis für Neurologie  
Stefan Klingebiel  
Facharzt für Neurologie

Bahnhofstr. 6  
65549 Limburg  
Tel.: 06431 219 554  
Fax: 06431 219 557

E-Mail: [mvz-neurologie@mvz-hadamar.de](mailto:mvz-neurologie@mvz-hadamar.de)

**Vollmacht zur Abholung von Rezepten/ Verordnungen/Befunden durch Angehörige oder anderen Personen, alternativ Postversendung**

Liebe Patientin, lieber Patient,  
aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung dürfen wir keine Rezepte/ Verordnungen/Befunde ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben bzw. versenden. Wenn Sie wünschen, dass Ihre Rezepte/ Verordnungen/Befunde durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden oder versendet werden, füllen Sie bitte die untenstehende Einwilligungserklärung entsprechend aus und unterzeichnen Sie diese.

**Wir weisen darauf hin, dass auf Basis von Rezepten/Verordnungen/Befunden ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann.**

Teilen Sie bitte zudem dem Abholer mit, dass er sich bei der Abholung entsprechend ausweisen muss. Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist keine Abholung Ihrer Rezepte/ Verordnungen/ Befunde durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

Ich habe die obigen Hinweise zur Abholung von Rezepten/Verordnungen/ Befunden durch Angehörige und andere Personen bzw. Postversand gelesen und verstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Einwilligungserklärung zur Abholung von Rezepten/Verordnungen/Befunden durch Angehörige oder andere Personen**

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geb.- Datum)

willige ein, dass Rezepte/ Verordnungen/ Befunde meiner aktuellen Behandlung

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geb.- Datum)

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

Die Einwilligung gilt (bitte ankreuzen):

- Einmalig für Rezepte/Verordnungen/Befunde
- Wiederkehrend für Rezepte/ Verordnungen/ Befunde

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patientin/Patient

**Einwilligungserklärung zur Versendung von Rezepten/Verordnungen/Befunden per Post**

Nach Hinterlegung der Portokosten und Vorlage Ihrer Versichertenkarte in unserer Praxis können Rezepte/ Verordnungen/ Befunde an Ihre Wohnadresse bzw. Apotheke zugeschickt werden.

Ich, \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geb.- Datum)

willige ein, dass meine Rezepte/Verordnungen/Befunde an meine Wohnadresse bzw. Apotheke verschickt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patientin/Patient