

# Empfangsvollmacht zur Übermittlung von Behandlungsdaten, Rezepten und Befunden

Durch den Patienten auszufüllen!

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Adresse

.....  
Krankenkasse

## Hiermit bevollmächtige ich

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Adresse

mich betreffende Rezepte, Laborwerte, Befundberichte, Behandlungsunterlagen,  
Röntgenbilder u.ä. stellvertretend von Seiten der Domumed Hausarztpraxis in  
Empfang zu nehmen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit ganz oder teilweise schriftlich  
widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten