



# Hausarztpraxis



**Dr. B. Steffens - E. Probst - G. Austen -  
Dr. U. Dinsenhacher - Dr. P. Steffens - Dr. M. T. Nagel**

## Allgemeine Vollmacht

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

nach der neuen Datenschutzgrundverordnung dürfen wir keine Rezepte/Verordnungen/Befunde ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben. Wenn Sie wünschen, dass Ihre Rezepte/Verordnungen/Befunde durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis von Rezepten/Verordnungen/Befunden ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann. Teilen Sie bitte der abholenden Person mit, dass er / sie sich bei der Abholung entsprechend ausweisen muss. Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist keine Abholung Ihrer Rezepte/Verordnungen/Befunden durch Angehörige oder eine andere Person möglich.

### Einwilligungserklärung

Ich, .....  
[Name, Vorname, Geb.-Datum] willige ein, dass Rezepte - Verordnungen - Befunde meiner aktuellen Behandlung an

.....  
[Name, Vorname, Geburtsdatum] zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

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

.....  
Datum, Unterschrift Patientin/Patient



#### Anschrift

Gemeinschaftspraxis -  
Dr. Steffens und Kollega\*innen  
Saarstraße 2 (Am Stahlwerk)  
66359 Bous  
Telefon: 06834 / 1730  
Fax: 06834 / 1246

Web: <https://gemeinschaftspraxis-steffens.de>

#### Sprechzeiten

Montag: 8.00 – 12.00 u. 16.00 – 18.00 Uhr  
Dienstag: 8.00 – 12.00 u. 16.00 – 18.00 Uhr  
Mittwoch: 8.00 – 12.00 Uhr  
Donnerstag: 8.00 – 12.00 u. 16.00 – 18.00 Uhr  
Freitag: 8.00 – 12.00 Uhr