



Vollmacht Für die Herausgabe von Patientenunterlagen

Bitte beachten Sie, dass sich die bevollmächtigte Person bei uns vor Ort durch ein Ausweisdokument (z.B. Personalausweis) identifizieren muss. Ohne Ausweisdokument kann keine Herausgabe der Unterlagen erfolgen.

■ Ihr Name, Vorname (Vollmachtgeber):



■ Ihre Anschrift:



■ Ihr Geburtsdatum:



Ich bevollmächtige hiermit folgende Person

■ Name, Vorname (Bevollmächtigte Person):



■ Anschrift:



■ Geburtsdatum:



stellvertretend in meinem Namen und in meinem Auftrag meine Person betreffende medizinische Befunde in Papierform und/oder Bilder meiner Untersuchung(en) in Papierform oder in Form eines Datenträgers (z.B. CD) in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Betzdorf in Empfang nehmen zu dürfen.

Diese Vollmacht gilt (zutreffendes bitte ankreuzen):

- einmalig
- bis zum _____ (Datum)
- bis auf Widerruf

Die bevollmächtigte Person muss sich vor der Übergabe bei uns ausweisen können (z.B. mittels eines Personalausweises). Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir bewusst bin, dass die von mir bevollmächtigte Person Einblicke in meine personenbezogenen Daten und meine Gesundheitsdaten nehmen kann und dass die bevollmächtigte Person meine Befunde, Bilder und Diagnosen einsehen kann. Insofern entbinde ich die Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis von ihrer Schweigepflicht gem. § 203 StGB gegenüber diesem Empfänger. Die Praxis ist nicht verpflichtet sicherzustellen, dass die überlassenen Daten tatsächlich an den Vollmachtgeber durch den Bevollmächtigten übergeben werden. Ich stelle die Radiologische Gemeinschaftspraxis Betzdorf GbR von jeglicher Haftung im Zusammenhang mit der Herausgabe der genannten Unterlagen an die bevollmächtigte Person frei.



Die im Rahmen dieser Vollmacht erhobenen personenbezogenen Daten dienen ausschließlich der Identifikation der Beteiligten und der ordnungsgemäßen Aushändigung medizinischer Unterlagen. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Patienteninformation zum Datenschutz.



Datum



Ihre Unterschrift (Vollmachtgeber)