

## Patientenvollmacht

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

betraue folgende Person

Vollmachtnehmer: \_\_\_\_\_

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum und Geburtsort) bitte Personalausweis vorlegen!

durch diese Patientenvollmacht mit der Aufgabe,

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- andere medizinische Schriftstücke

in meinem Namen, in der Praxis:

**Privatärztliche HNO-Praxis**  
**Dr. med. Carola Holthoff**  
**Bredeneyer Straße 156**  
**45133 Essen**

entgegen nehmen zu dürfen.

Der Bevollmächtigte darf keine Untervollmachten erlassen.

Diese Vollmacht ersetzt auf keinen Fall die Datenverarbeitungsfreigabe der DSGVO.

Diese Vollmacht erlischt durch Widerruf.