



ARZTPRAXIS LARS GERMESHAUSEN

23, ROUTE DE DIEKIRCH, L-6555 BOLLENDORF-PONT, TEL.: +352 267 218 06

Vollmacht zur Auskunftserteilung und Abholung von Schriftstücken durch Dritte

Ich, _____ geboren am _____

wohnhaft in _____

- Gestatte es Ihnen hiermit, untenstehenden Personen, Auskunft über meinen Gesundheitszustand, wie z.B. zu aktuellen Laborwerten, zu erteilen.
- Gestatte es Ihnen hiermit, untenstehenden Personen, Auskunft zu organisatorischen Fragen, wie z.B. Terminen, zu erteilen.
- Bevollmächtige ich, untenstehenden Personen, in meinem Namen Schriftstücke entgegenzunehmen, wie z.B. Rezepte, Überweisungen, Krankschreibungen, oder sonstige medizinische oder nicht medizinische Schriftstücke.

Die Kommunikation kann auf allen Kanälen erfolgen, wie z.B. telefonisch, elektronisch, postalisch oder persönlich.

| Name, Vorname | wohnhaft in | Geburtsdatum | Unterschrift |
|---------------|-------------|--------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

i Ihre Vollmacht ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Vollmacht ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Mit einer Unterschrift stimmen alle Parteien einer Datenverarbeitung zu diesem Zweck zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig und auch jede weitere Speicherung die von Gesetzes wegen erfolgen muss.