

Liebe Patientin, lieber Patient,

in Einzelfällen ist es erforderlich, dass ein Rezept ausgestellt wird, Sie dieses Rezept als Patient/Patientin jedoch nicht persönlich in unserer Praxis – der MedVZ gGmbH - abholen können.

Für diese Fälle benötigen wir zur Dokumentation in der Patientenakte und zur Möglichkeit der Übergabe des Rezeptes an Dritte die untere von Ihnen ausgefüllte und unterzeichnete Vollmacht. Ist ein gesetzlicher Vertreter (sorgeberechtigte Eltern) vorhanden oder ein Betreuer für Ihre Gesundheitsfürsorge bestellt, müsste dieser bitte die untere Vollmacht für die Patientin/den Patienten ausfüllen und zu Ihrer Patientenakte geben. Die bevollmächtigte Person muss bei Abholung des Rezeptes ein gültiges Ausweisdokument (mit Lichtbild) vorlegen und diese Vollmacht (auch zur Einwilligung in die Datenspeicherung) mitzeichnen.

Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie, die Vollmacht zeitlich zu begrenzen. Wir benötigen in jedem Fall zu Beginn jeden Halbjahres (zum 01.01. und zum 01.07.) eine aktualisierte Vollmacht durch Sie/Ihren Vertreter für die Gesundheitsfürsorge (Kopie des betreuungsausweises) und die bevollmächtigte Person unterzeichnet.

Bitte beachten Sie, dass nur im Einzelfall und ausschließlich nur bei Folgeverordnungen Rezepte auf Ihre telefonische oder schriftliche Anforderung ohne Ihre erneute persönliche Vorstellung bei der Ärztin/dem Arzt ausgestellt werden können. Die Letztentscheidung obliegt immer der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt.

Bitte beachten Sie zudem, dass diese Vollmacht **nicht** für Betäubungsmittelrezepte (BtM-Rezepte nach der BtM-Verschreibungsverordnung) gilt.

Vollmacht zur Abholung von Rezepten (nicht BtM-Rezepte)

Ich,

Patientin/Patient (Vollmachtgeber):

Name, Vorname, Geburtsdatum : _____, geb. am

Adresse: _____

ggf. vertreten durch meinen gesetzlichen oder bestellten Vertreter für den Bereich der Gesundheitsfürsorge (bei Betreuern ist eine Kopie des Betreuerausweises erforderlich).

bestellter Betreuer (betreuungsausweis)

sorgeberechtigte Eltern

Sonstiges

Vertreter/Name, Vorname, Geburtsdatum: _____, geb. am

Adresse: _____

bevollmächtigte

Name, Vorname (Bevollmächtigte/r), Geburtsdat.: _____, geb. am

Adresse: _____

Umfang und Gültigkeit der Vollmacht

- zur Abholung meines Rezeptes mit der Verordnung/Fachbereich _____ / _____ aufgrund meiner persönlichen Rezeptanfrage in der MedVZ gGmbH vom _____
- zur generellen Abholung meiner Rezepte aufgrund meiner persönlichen Rezeptanforderungen in der MedVZ gGmbH im Jahr 2018
- zur Abholung meiner Rezepte aufgrund meiner persönlichen Rezeptanforderungen in der MedVZ gGmbH für die Zeit vom _____ bis _____ (maximal ein halbes Jahr)

in der MVZ nuwamed gGmbH, Brühl 33, 04109 Leipzig.

Einwilligung zur Datenspeicherung

Die Daten des Vollmachtgebers und des Bevollmächtigten werden entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten in der Patientenakte aufbewahrt und gespeichert.

Datum _____

Datum _____

Unterschrift Vollmachtgeber/Patient/in oder Vertreter

Unterschrift Bevollmächtigte/r

Original in die Patientenakte / Kopie an Patient

Stand: 19.09.2018

= Bitte ankreuzen.