



## Vollmacht

Name :   
Geboren am :   
Wohnhaft in :

Mit nachfolgender Unterschrift erlaube ich der

### **Fehntjer Hausarztpraxis**

Jens Schapp & Christian Hinrichs  
Jann-Berghaus-Straße 17, 26802 Moormerland  
Tel.: 04954/4360 Fax: 04954/994556 info@fehntjer-hausarztpraxis.de

die Ausgabe von folgenden Unterlagen:

- ☐ Rezepte ☐ Überweisungen ☐ Einweisungen  
☐ Bescheinigungen ☐ Formularen ☐ Arztbriefen ☐ Rechnungen

### **An folgende Person(en):**

Name :  Name :   
Geb. :  Geb. :

An **folgende Dienstleister** im Rahmen Ihrer dienstlichen Tätigkeit unter Wahrung der Verschwiegenheit

<b>Pflegedienst:</b> <input type="text"/>	<b>Pflegeheim</b> <input type="text"/>
<b>Apotheken:</b> <input type="text"/>	<b>Sonstige</b> (z.B. Lieferanten für Inkontinenzmaterialien, Sondennahrung, o.ä.) <input type="text"/>

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten