



**BRITTA HÖDDINGHAUS- DR. MED. FELIX GEIST**  
**Fachärzte für Allgemeinmedizin**  
**Naturheilverfahren - Ernährungsmedizin - Akupunktur**  
**Nußbergstraße 24**  
**58638 Iserlohn**  
**Tel: 02371-3931 / Fax: 02371-3933**

**Vollmacht zur Abholung von Rezepten/Verordnungen/Befunden durch Angehörige oder andere Personen**

Liebe Patientin, lieber Patient,

aufgrund der neuen Datenschutzgrundverordnung dürfen wir keine Rezepte/Verordnungen/Befunde ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung heraus geben.

Wenn Sie wünschen, dass Ihre Rezepte/Verordnungen/Befunde durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis von Rezepten/Verordnungen/Befunden ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann.

Teilen Sie bitte zudem dem Abholer mit, dass er sich bei der Abholung entsprechend ausweisen muss. Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist keine Abholung Ihrer Rezepte/Verordnungen/Befunde durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

**Einwilligungserklärung**

**Ich,** .....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

willige ein, dass Rezepte/Verordnungen/Befunde meiner aktuellen Behandlung

.....  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

Die Einwilligung gilt für (bitte unbedingt ankreuzen):

- Ein einmaliges Rezept/Verordnung/Befunde
- Wiederkehrende Rezepte/Verordnungen/Befunde

Ich habe die obigen Hinweise zur Abholung von Rezepten/Verordnungen/Befunden durch Angehörige und andere Personen gelesen und verstanden.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
Datum, Unterschrift Patientin/Patient