

# Dres Platzek Heidersdorf Partner Praxisklinik Hattingen Schwelm

Dres Platzek Heidersdorf Partner, Bredenscheider Str. 54, 45525 Hattingen

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

## Datenvollmacht für Bezugspersonen

Hiermit bevollmächtige ich die u. g. Person/en, auf mich ausgestellte Rezepte, Überweisungen, Arztbriefe und alle weiteren Unterlagen mit personenbezogenen Daten entgegenzunehmen sowie mich betreffende Auskünfte zu erhalten.

**Vor- und Nachname, sowie Geburtsdatum bitte angeben:**

1. Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

2. Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

3. Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

4. Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

**Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.**

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift  
(Patient/in, gesetzl. Vertreter / Betreuer)