

## Angehörige

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass die unten genannte Person in meinem Namen...

- ...Rezepte abholen darf.
- ...Rezepte per Fax erhalten darf.
- ...Auskunft bezüglich meiner medizinischen Daten erhalten darf.

*Mein Einverständnis hierzu gilt...*

- ...einmalig.
- ...bis zum Widerruf.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. seines gesetzlichen Vertreters

---

Vorname, Name des/der gesetzlichen Vertreters/in bei z.B. minderjährigen Patienten/Patientinnen (in Druckbuchstaben)