

**Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc. und  
Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

**bevollmächtige hiermit**

die Altrhein-Apotheke Stockstadt am Rhein

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name des Bevollmächtigten)

wohnhaft in \_\_\_\_\_

**Zur Abholung folgender Dokumente in der Praxis Dres. med. Kloß:**

Rezepte

Überweisungen

Befunde

sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Vollmacht und Entbindung der Schweigepflicht kann von mir jederzeit,  
ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vollmachtgebers)