



BEVOLLMÄCHTIGUNG FÜR DIE ABHOLUNG VON ÄRZTLICHEN BEFUNDEN UND REZEPTEN

Patientenname:

SVNr.:

Bevollmächtigter:

Ich stimme als Patient von Dr. med. univ. Claudia Frey zu, dass der oben genannte Bevollmächtigte bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer etwaigen Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich Anwendung von Arzneispezialitäten) von meiner behandelnden Ärztin erhalten darf und auch meine Befunde und Rezepte von meiner behandelnden Ärztin ausgehändigt erhalten darf.

Die Einverständniserklärung ist auch bei einer etwa urlaubsbedingten ärztlichen Vertretung meiner Hausärztin wirksam.

Datum:

Unterschrift des Patienten:

Hausarztpraxis Favoriten Dr. med. univ. Claudia Frey

Ärztin für Allgemeinmedizin | alle Kassen und Privat

Ada-Christen-Gasse 2J/9, 1100 Wien

Tel.: 01/688 50 85 | Fax: 01/ 688 50 85 DW 55

office@hausarztpraxis-favoriten.at | www.hausarztpraxis-favoriten.at