



Vollmacht

Ihr Name: _____

Ihr Geburtsdatum: _____

Ich bevollmächtige hiermit folgende Person:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

stellvertretend in meinem Namen und in meinem Auftrag meine Person betreffende Befunde und/oder Bilder in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Betzdorf in Empfang nehmen zu dürfen.

Die bevollmächtigte Person muss sich vor der Übergabe bei uns in der Praxis ausweisen können.

Mir ist bewusst, dass die von mir bevollmächtigte Person Einblick in meine persönlichen Daten und meine Gesundheitsdaten nehmen kann. Die bevollmächtigte Person könnte Diagnosen und Befunde einsehen.

Wir sind nicht verpflichtet sicherzustellen, dass die Befunde und/oder Bilder tatsächlich an den Vollmachtgeber durch den Bevollmächtigten übergeben werden. Dies liegt außerhalb unseres Einflussbereichs und wir können hierfür keine Gewährleistung oder Haftung übernehmen.

Datum

Ihre Unterschrift