

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft Schwarzwaldaugenklinik GbR

MVZ Schwarzwaldaugenklinik Donaueschingen, Emmendingen, Freudenstadt, Lahr, Schramberg, Villingen, GmbH

üBAG Schwarzwaldaugenklinik GbR · Weihergasse 3 · 78713 Schramberg

Vollmacht sowie Einwilligung und Schweigepflichtentbindung zur Abholung von medizinischen Unterlagen durch Dritte

Zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sowie aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht dürfen medizinische Unterlagen grundsätzlich nur an Sie persönlich herausgegeben werden. Eine Aushändigung an Angehörige oder andere Personen (Dritte) ist nur möglich, wenn Sie diese hierzu ausdrücklich bevollmächtigen und uns zugleich von der Schweigepflicht gegenüber dieser Person entbinden.

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und unterschreiben Sie es eigenhändig. Die bevollmächtigte Person muss sich bei der Abholung auf Verlangen durch ein gültiges Ausweisdokument ausweisen.

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Bevollmächtigte Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

(optional) Anschrift

Vollmacht sowie Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Hiermit bevollmächtige ich die oben genannte Person, folgende Unterlagen der **Schwarzwald-Augenklinik**, Weihergasse 3, 78713 Schramberg, ihrer zugehörigen **Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)** sowie der **Schwarzwald-Augenlaser GmbH**, Benediktinerweg 10, 78050 Villingen-Schwenningen, in meinem Namen entgegenzunehmen.

Die Vollmacht umfasst (bitte ankreuzen):

- ☐ Rezepte (einschließlich Papierrezepte und sonstiger Verordnungen)
- ☐ Überweisungen
- ☐ Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
- ☐ Arztbriefe
- ☐ Befunde
- ☐ Sonstige Unterlagen: _____

Zugleich entbinde ich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Mitarbeitenden der Schwarzwaldaugenklinik Schramberg gegenüber der oben genannten Person insoweit von ihrer Schweigepflicht und willige in die Herausgabe der ausgewählten Unterlagen in dem erforderlichen Umfang ein. Mir ist bekannt, dass aus den herausgegebenen Unterlagen Rückschlüsse auf meinen Gesundheitszustand gezogen werden können.

Ich kann diese Vollmacht bzw. Einwilligung/Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen. Der Widerruf wirkt ausschließlich für die Zukunft.

(Stand 14.07.2026)

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient