



Krankenhäuser und Hospize  
Diakonie Krankenhaus

Zentrum für Orthopädie und  
Unfallchirurgie

Chefarzt

Prof. Dr. med. habil. Frank Hartmann  
FA für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Spezielle Unfallchirurgie

Ringstraße 64  
55543 Bad Kreuznach  
Tel. 0671/605-2024  
Fax 0671/605-2079  
dkh-chir-sek@kreuznacherdiakonie.de

## Patientenvollmacht

BSNR: 477401000

Hiermit bevollmächtige ich (Vollmachtgeber),

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtstag und -ort	

folgende Person (Bevollmächtigter)

Vor- / Zuname	
Anschrift	
Geburtstag und -ort	

in folgendem Umfang in meinem Namen (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- zur Entgegennahme meines Rezeptes / meiner Rezepte
- zur Entgegennahme meines Medikamentes / meiner Medikamente
- zur Entgegennahme meiner Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
- zur Entgegennahme meiner angeforderten Dokumente:

\_\_\_\_\_

für folgenden Zeitraum (Bitte zutreffendes ankreuzen)

- einmalig am \_\_\_\_\_
- bis zum \_\_\_\_\_
- dauerhaft \_\_\_\_\_

Eine Kopie eines amtlichen Ausweises wird durch den Bevollmächtigten zur Legitimierung vorgelegt. Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient (bzw. gesetzlicher Vertreter)