

Patientenvollmacht

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

betraue folgende Person

Vollmachtnehmer: _____

(Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum und Geburtsort) bitte Personalausweis vorlegen!

durch diese Patientenvollmacht mit der Aufgabe,

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- andere medizinische Schriftstücke

in meinem Namen, in der Praxis:

Dr. med. Marco Memar-Baschi
Anja Stephan
Rüttenscheider Str. 66
45130 Essen
Tel.: 0201 / 89 06 13 30
Fax: 0201 / 89 06 13 39

entgegen nehmen zu dürfen.

Der Bevollmächtigte darf keine Untervollmachten erlassen.

Diese Vollmacht ersetzt auf keinen Fall die Datenverarbeitungsfreigabe der DSGVO.

Diese Vollmacht erlischt durch Widerruf.

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

Sven Elbers, Am Rodenbusch 64, 47608 Geldern, Tel.: 02831/9169700

Datum und Unterschrift Vollmachtgeber

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Allergologie ·
Immunologische Labordiagnostik –
Audiologe und Neurootologe (BV HNO) -
Schnarch- und Tinnitusbehandlung -
Ernährungsmedizin - Qualitätsmanagement
im Gesundheitswesen (CQa)

Hauptstelle:

Dr. med. Marco Memar-Baschi
Anja Stephan*

Jacqueline Haybach**

Rüttenscheider Str. 66

45130 Essen

Tel.: 0201/ 89 06 13 30

Mobil: 0178/ 16 04 53

Fax: 0201/ 89 06 13 39

info@hnoaerzte-essen.de

Nebenstellen:

Dr. med. Antje Gorf

Hauptstr. 43-61

45219 Essen

Tel: 02054 / 4495

Jochen Honneth

Tina Engelhardt*

Gladbecker Str.269

45326 Essen

Tel.: 0201/ 35 60 17

Dr. med. Khai Dang

Altenessener Str. 390

45329 Essen

Tel.: 0201/ 25 17 18

*Angestellte Ärztin

** Praxisleitung, QMB, MFA