

Vollmacht für die Abholung von Dokumenten

Ich,

Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse der/des Patientin/en

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name, Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

Zur Abholung folgender Dokumente

- Rezept
- Überweisungen
- Befunde
- Sonstiges _____
- Alles

Die Bevollmächtigung gilt

- einmalig
- dauerhaft bis Widerruf

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität der/des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss!