

Vollmacht zur Abholung von ärztl. Unterlagen

Ich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Anschrift: _____

bevollmächtigte hiermit

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Anschrift: _____

im Zeitraum von _____ bis _____

zur Abholung folgender Dokumente:

Rezepte

Überweisungen

Befunde

sonstiges: _____

Zur Prüfung meiner Unterschrift habe ich eine Kopie/das Original meines Personalausweises beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte bringen Sie (Abholer) ebenfalls ein gültige Legitimationspapier mit.