

Vollmacht zur Abholung von ärztl. Unterlagen

Ich

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Anschrift: _____

bevollmächtigte hiermit

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Anschrift: _____

für den Zeitraum vom _____ bis zum _____

zur Abholung folgender Dokumente:

Rezepte

Überweisungen

Befunde

sonstiges: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte bringen Sie (Abholer) ebenfalls ein gültiges Ausweispapier mit.