

Vollmacht für die Abholung von personenbezogenen Dokumenten in der Arztpraxis

Ich

_____ geb. am _____
Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s

wohnhaft in

Adresse der/des Vollmachtgeberin/s

bevollmächtige hiermit

_____ geb. am _____
Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse der/des Bevollmächtigten

zur Abholung der folgenden Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- Sonstiges: _____

in der Arztpraxis

Name und Adresse der Arztpraxis

Ort, Datum

persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s

Bitte beachten Sie, daß die Identität der/des Bevollmächtigten durch ein amtliches Dokument mit Bild nachgewiesen werden muß.