

Praxisgemeinschaft Hoffmann und Müller/ Psychiater	FB 105 Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.	Version: 2.0 Datum: 07.06.2018 Seite 1 von 1 Freigabe auf Seite 1
---	--	--

Vollmacht

für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich, (Vorname, Name des Patienten [=Vollmachtgeber])
wohnhaft in (Adresse des Patienten [=Vollmachtgeber])
geb. am (Geburtsdatum des Patienten [=Vollmachtgeber])

bevollmächtigte hiermit

Frau/ Herrn (Vorname, Name des Bevollmächtigten)
wohnhaft in (Adresse des Bevollmächtigten)

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte**
 Überweisungen
 Befunde
 Sonstiges:
 Alles

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Patient)
(bzw. gesetzl. Vertreter)

Bitte beachten Sie, dass bei der Abholung in der Praxis die Identität des Bevollmächtigten nachgewiesen werden muss (z. B. durch Personalausweis oder Führerschein)!