

Vollmacht zum Abholen von Befunden, Rezepten Überweisungen

Hiermit ermächtige ich,

_____ Name und Vorname des Vollmachtgebers (in Druckbuchstaben)
_____ Geburtsdatum des Vollmachtgebers
_____ Anschrift des Vollmachtgebers (in Druckbuchstaben)

Herrn/Frau

_____ Name und Vorname des Bevollmächtigten (in Druckbuchstaben)
_____ Wohnhaft in (in Druckbuchstaben)

Zum Abholen folgender Dokumente aus der Praxis Dr. Fischer/Untiedt:

<input type="checkbox"/> Rezept
<input type="checkbox"/> Überweisung
<input type="checkbox"/> Befundes
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Ausdruck der digitalen Patientenakte

Ort, Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten durch ein Ausweisdokument nachgewiesen werden muss. Dieses wird bei uns mit dem Formular digital gespeichert.

Ich habe obige Unterlagen erhalten:

Ort, Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten