

Briefkopf Praxis !

Vollmacht zum Abholen von Befunden, Rezepten, Überweisungen

Hiermit bevollmächtige ich,

Name und Vorname des Vollmachtgebers (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers (in Druckbuchstaben)

Herrn/Frau

Name und Vorname des Bevollmächtigten (in Druckbuchstaben)

wohnhaft in (in Druckbuchstaben)

zum Abholen folgender Dokumente aus der Praxisgemeinschaft Drs. Fischer/Untiedt:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- sonstiges _____
- einen Ausdruck meiner digitalen Patientenakte

Ort, Datum

Unterschrift

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

Ich habe obige Unterlagen erhalten:

Ort, Datum

Unterschrift