

Praxis E. Budzier u. I. M. Gadow, Österstraße 6, 25704 Meldorf

Vollmacht für die Abholung von Dokumenten

Ich,

_____,
Vorname, Name, Geburtsdatum und Adresse der/des Patientin/en

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name, Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

Zur Abholung folgender Dokumente

- Rezept
- Überweisungen
- Befunde
- Sonstiges _____
- Alles

Die Bevollmächtigung gilt nur einmalig.

Ort, Datum, Unterschrift

Wenn Sie wünschen, dass diese Vollmacht dauerhaft (bis auf Widerruf) gelten soll, dann kreuzen Sie bitte hier an und unterschreiben Sie. **Wir machen Sie ausdrücklich darauf aufmerksam, dass dieses nicht den gesetzlichen Vorschriften entspricht, nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin erfolgt und somit Ihrem Risiko unterliegt.**

- Dauerhafte Vollmacht

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität der/des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachgewiesen werden muss!