

## Vollmacht für die Abholung von Patientenunterlagen

Datei: E:\Vollmacht für die Abholung von Patientenunterlagen.doc



## Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden, etc.

Ich

\_\_\_\_\_  
*Vorname, Name des Vollmachtgebers / Patient*

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
*Adresse des Vollmachtgebers*

geb. am

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum des Vollmachtgebers*

bevollmächtige hiermit

\_\_\_\_\_  
*Vorname, Name des Bevollmächtigten*

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
*Adresse des Bevollmächtigten*

**Wichtig: Lieber Bevollmächtigte, bitte bringen Sie zur Identitätskontrolle Ihren Personalausweis/Reisepass/Versichertenkarte oder Führerschein mit.**

Zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

MVZ Gyn. Zentrum Amberg-Sulzbach GmbH mit Hauptsitz in 92224 Amberg, Mariahilfbergweg 7, HRB 5715, Amtsgericht Amberg  
Geschäftsführer und ärztlicher Leiter: Dr. med. Jürgen Krieg; Filiale in 92237 Sulzbach-Rosenberg

Erstellt von: Plößner	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch:
Datum: 10.10.17	Datum: 11.10.17	Datum: