

Vollmacht zur Abholung von Rezepten / Überweisungsscheinen / Befunden

Ich,

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

bevollmächtigte hiermit:

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

zur Abholung folgender Dokumente aus der Hausarztpraxis Am Hexenturm:

Rezepte / Heil- und Hilfsmittelverordnungen

Überweisungen

Patientenunterlagen

alle weiteren Unterlagen

_____, den _____ Unterschrift: _____