



Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich, _____
Vorname, Name des Vollmachtgebers

wohnhaft in _____
Adresse des Vollmachtgebers

geb. am _____
Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtigte hiermit:
Vorname, Name und Adresse des Bevollmächtigten

1.) _____

2.) _____

3.) _____

zur Abholung folgender Dokumente

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- Sonstiges
- Rezeptbestellung mit der Patientenummer über unsere Homepage

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden. Ferner gestattet sie es dem Bevollmächtigten, die Ausführung der Aufgabe in meinem Namen zu quittieren, falls erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift

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