



## Vollmacht zur Abholung von Dokumenten

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bevollmächtige ich

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ-Wohnort: \_\_\_\_\_

**Die nachfolgende schriftlich benannte Person/en**

Herr/ Frau \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_,

meine Dokumente (Rezepte, Überweisungen, Laboruntersuchungen etc.) abholen zu dürfen.

**Ich bin damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis Schwabstraße 59 meine Befunde (Laboruntersuchung, Rezepte, Überweisungen, Arztberichte etc.)**

° per E-Mail: \_\_\_\_\_

° via Fax an: \_\_\_\_\_

° per Post an: \_\_\_\_\_

weiterleiten darf.

**Diese Vollmacht kann zu jeder Zeit schriftlich widerrufen werden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient