

 **Gemeinschaftspraxis Schwabstraße 59**
E. Schnaitmann
Dr. A. Schaffert
Dr. A. Trein
Dr. P. Beck

Schwabstraße 59
70197 Stuttgart
Tel.: 0711 / 61 55 32 - 0
Fax.: 0711 / 61 55 32 - 13

Vollmacht zur Abholung von Dokumenten

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bevollmächtige ich

Die nachfolgende schriftlich benannte Person

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 Email an _____

° via Fax an _____

° per Post an _____

weiterleiten darf.

Diese Vollmacht kann zu jeder Zeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient