

Vollmacht zur Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Datei: GNG_Vollmacht_für_die_Abholung_von_Rezepten_Befunden_etc_180517ao



Ich,

_____ (Name, Vorname des Vollmachtgebers)

_____ (geb. am)

wohnhaft in:

_____ (Adresse des Vollmachtgebers)

bevollmächtigte hiermit bis aus Widerruf

_____ (Name, Vorname des Bevollmächtigten)

_____ (geb. am)

wohnhaft in:

_____ (Adresse des Bevollmächtigten)

zur Abholung folgender Dokumente:

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde (analog/digital)
- Sonstiges: _____
- Patientenakte komplett

Die Vollmacht gilt ab dem Datum der Ausstellung bis auf Widerruf. Es ist mir bekannt, dass ich diese Vollmacht jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

_____ (Ort, Datum)

_____ (Unterschrift)

Bitte beachten Sie, dass

1. diese Vollmacht nur gültig ist, wenn eine Kopie des Personalausweises des Vollmachtgebers vorliegt oder diese Vollmacht im Beisein unseres Praxispersonals ausgefüllt wurde.
2. die Identität des Bevollmächtigten durch Vorlage des Personalausweis nachgewiesen werden muss