



Vollmacht zur Abholung medizinischer Unterlagen

Ich,

Frau/Herr

(Vorname, Familienname)

geboren am _____

bevollmächtigte Frau/Herrn

(Vorname, Familienname)

geboren am _____

medizinische Dokumente (z.B: Rezepte oder Überweisungen / Einweisungen)

in der Praxis Dr. Bernas, Ebertstr. 24, 73054 Eislingen abzuholen

(bitte bringen Sie einen Ausweis oder Reisepass mit)

die Vollmacht gilt am

die Vollmacht gilt bis zum Widerruf auf Dauer

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten