

# + Dr. Jörg Bechtold

Facharzt für Innere Medizin  
Privatkassen und Selbstzahler

Name des Patienten:	
---------------------	--

## Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunden etc.

Ich bevollmächtige hiermit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zur Abholung folgender Dokumente:

Rezepte

BTM-Rezepte

Überweisungen

Befunde

sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Vollmacht kann von mir jederzeit, ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Vollmachtgebers)

Nowackanlage 15-17  
76137 Karlsruhe  
praxis@internisten-karlsruhe.de