

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)