



VOLLMACHT FÜR DIE ABHOLUNG VON REZEPTEN, BEFUNDEN ETC.

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

Adresse des Vollmachtgebers

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

BEVOLLMÄCHTIGTE HIERMIT

Vorname, Name des Bevollmächtigten

Adresse des Bevollmächtigten

Geburtsdatum des Bevollmächtigten

ZUR ABHOLUNG FOLGENDER DOKUMENTE

- Rezepte Überweisungen Alles
 Befunde Sonstiges _____

Ort, Datum, Unterschrift des Vollmachtgebers

Bitte denken Sie daran, dem/der Bevollmächtigten die gültige Versichertenkarte mitzugeben. Der/die Bevollmächtigte muss sich weiterhin auf Verlangen mit gültigem Dokument ausweisen können. Diese Vollmacht ist jederzeit widerrufbar.