


Qualitätshandbuch der Praxis für Gynäkologie	
Dr. med. A. Joachim / Dr. med. B. Roth/ Dr.med. B. Müller Paul – Lincke – Ufer 7d / 10999 Berlin	
Vollmacht Patient	

Vollmacht für die Abholung von Rezepten, Befunde etc.

Ich,

Vorname, Name des Vollmachtgebers

Wohnhaft in

Adresse des Vollmachtgebers

geb. am

Geburtsdatum des Vollmachtgebers

bevollmächtige hiermit

Vorname, Name des Bevollmächtigten

wohnhaft in

Adresse des Bevollmächtigten

zur Abholung folgender Dokumente :

- Rezepte
- Überweisungen
- Befunde
- Mutterpass
- sonstiges

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie, dass die Identität des Bevollmächtigten (z.B. durch den Personalausweis) nachweisen werden muss.

Erstellt von _____	Geprüft durch _____	Freigabe durch _____
Erstellt am _____	Geprüft am _____	Freigegeben am _____

Seite 1 von 1