

**Vollmacht zur Abholung von ärztlichen / sonstigen Unterlagen durch die von mir bevollmächtigte Person**

Ich \_\_\_\_\_, wohnhaft \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, willige ein, das Frau / Herr \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, zum Zwecke meiner

Weiterbehandlung

*(bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl möglich)*

- Befund/e
- Aufnahmen
- Rezepte
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ entgegennehmen darf.

*(Zeitraum max. 1 Jahr)*

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

*Bitte bringen Sie zum vereinbarten Abholtermin Ihren Ausweis (Personalausweis, Führerschein oder Reisepass) mit.*

*Sie könnten die Vollmacht jederzeit, ohne Angaben von Gründen widerrufen.*

*\* freiwillige Angaben*