

Hausarztpraxis Papendorf
Erbsenkamp 1
18059 Papendorf

Vollmacht

Zur Abholung von Rezepten, Überweisungen und Formularen durch Dritte (z.B. Angehörige)

Betrifft PatientIn

Name, Vorname:

Geburtstag:

Wohnhaft in:

Hiermit bevollmächtige ich folgende Personen:

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Zur Abholung von Rezepten, Überweisungen, Einweisungen, Krankenscheinen und sonstige mich betreffende Formulare aus der Hausarztpraxis.

Der Bevollmächtigte muss bei Abholung ein gültiges Ausweisdokument vorlegen können.

Ort, Datum
VertreterIn

Unterschrift PatientIn/gesetzl.

Die Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden.